FACULTÉ DE MÉDECINE BROUSSAIS - HOTEL DIEU

Année : 1975

PARIJS

N° No8

Thèse pour le Doctorat en Médecine
Diplôme d'état

PAR

VITRANT - FUCHS Marie - Edith
née le 8 Mai 1939 à Condom (Gers)

Présentée et soutenue publiquement le 1975

Dossier médico-psychologique Standard du malade fonctionnel.

Président : M. Hubert FLAVIGNY, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE BROUSSAIS - HOTEL DIEU

Année : 1975 N°

Thèse pour le Doctorat en Médecine
Diplôme d'état

PAR

VITRANT - FUCHS Marie - Edith
née le 8 Mai 1939 à Condom (Gers)

Présentée et soutenue publiquement le 1975

Dossier médico-psychologique Standard du malade fonctionnel.

Président : M. Hubert FLAVIGNY, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le professeur Hubert FLAVIGNY qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le professeur Hubert FLAVIGNY qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Au Docteur Pierre SOLIGNAC
qui m'a conduite à la psychologie médicale.

Au Docteur Pierre SOLIGNAC
qui m'a conduite à la psychologie médicale.

A Monsieur le médecin en chef de 1ère classe

Louis CROCQ

spécialiste de psychologie et hygiène mentale du service de santé des armées chargé de cours de psychologie pathologique à l'Université de Paris V, qui m'a inspiré ce travail et initié aux méthodes objectives dans l'examen psychologique ; qu'il soit remercié ici pour sa collaboration efficace.

À Monsieur le médecin en chef de 1ère classe

Louis CROCQ

spécialiste de psychologie et hygiène mentale du service de santé des armées chargé de cours de psychologie pathologique à l'Université de Paris V, qui m'a inspiré ce travail et incité aux méthodes objectives dans l'examen psychologique ; qu'il soit remercié ici pour sa collaboration efficace.

Au Docteur BLOCH
dont l'expérience fut pour moi un enrichissement quotidien.

A Micheline RAGONNEAU (infirmière) qui me fut précieuse pour l'établissement de mes dossiers, avec toute mon affection.

A mon père,
A ma mère,

A mon mari : qu'il soit remercié pour le soutien qu'il m'a apporté tout au long de mes études médicales.

Notre but est de proposer et d'expérimenter un instrument permettant l'approche et l'étude du "malade fonctionnel"

Nous définirons plus loin ce que nous entendons exactement par malade "fonctionnel", terminologie, disons-le dès maintenant, peu satisfaisante et sujette à caution.

Ce type de malades devient de plus en plus fréquent dans les consultations hospitalières comme dans les consultations privées. Il forme la plus grande partie de la clientèle des médecins de ville ; on le retrouve souvent dans les services hospitaliers où il se fait pratiquer de nombreux bilans. Il est la hantise du médecin de médecine générale auquel il pose des problèmes de diagnostic, de thérapeutique et d'approche pour lesquels le médecin de médecine courante n'a pas été formé pendant ses études. Nous sommes loin de la "médecine des organes" et ces cas ne relèvent pas non plus de la psychiatrie.

Or, si l'état de ces malades ne présente au début d'autre gravité que le "mal d'être", il risque d'empirer et de mener à de véritables maladies, graves, telles que l'ulcère de l'estomac, l'infarctus du myocarde ou la véritable dépression nerveuse non moins invalidante.

On parle beaucoup de médecine préventive. C'est à ce premier stade de troubles fonctionnels que la médecine préventive serait efficace, car ces malades seront un jour de vrais malades. Enfin, ils posent un problème réel de consommation médicale et pharmaceutique.

-:-:-:-:-

Nous présentons donc un instrument qui permettrait au médecin d'aborder plus facilement ces malades sans connaissance psychologique approfondie, de recueillir et de grouper le plus rapidement possible les renseignements nécessaires à l'appréciation de chacun de ces cas.Cet instrument, de par sa conception, permettrait aussi de réaliser des études statistiques sur ces malades, chaque renseignement obtenu étant répertorié et codé. Nous insisterons sur les précautions indispensables à son application en clinique, sur les particularités de son exploitation statistique qui devra être adaptée aux besoins du clinicien. Nous donnerons enfin quelques exemples d'exploitation clinique et statistique.

P R E M I E R E P A R T I E

DEFINITION DU MALADE FONCTIONNEL

Il est nécessaire d'expliquer, avant toute chose, ce que nous entendons par "malade fonctionnel" : c'est un malade qui présente des "troubles fonctionnels" et nous allons voir que la personne du malade a autant d'importance que les troubles qu'il présente.

I LES TROUBLES FONCTIONNELS

En pathologie classique, un trouble fonctionnel traduit une lésion organique. Il n'existe pas de lésion organique qui n'ait, tôt ou tard, de répercussion ou de traduction fonctionnelle. Par exemple, une section de nerf détermine une paralysie des muscles de son territoire, une rétention biliaire par obstruction de canal cholédoque provoque un ictère, une ulcération de la peau suscite des douleurs.

Pendant ses études de médecine, l'étudiant apprend que l'homme est un ensemble d'organes, d'appareils et de fonctions. L'anatomie concerne les organes, la physiologie concerne la fonction, et la clinique concernerait à la fois l'organe et la fonction. Dans ce schéma, la maladie n'a aucun rapport avec la personne. Toutefois, dans sa formation au lit du malade et dans le nouvel enseignement de psychologie médicale, le futur médecin devrait apprendre à connaître le poids des facteurs psychologiques dans la pathologie.

Dans la pratique clinique, on peut observer chez certains malades, la présence de troubles ou symptomes qui ne traduisent aucune lésion sous-jacente décelable par les explorations traditionnelles in vivo et post mortem : examen clinique, examens biologiques sanguins, urinaires, selles, liquide céphalorachidien, radiographies, endoscopie etc .. sans oublier l'autopsie. Ces troubles ressemblent parfois étrangement à ceux qui sont provoqués par une lésion organique vraie : vertiges phobiques, précardialgies simulant une coronarite. On donne à ces troubles qui attestent seulement d'une perturbation des fonctions physiologiques et non pas d'une atteinte organique, le nom de troubles fonctionnels.

Quelle va être l'attitude du médecin ?

La première attitude est l'attitude classique des organicistes. Les troubles fonctionnels traduisent une lésion, il faut chercher cette lésion en multipliant les examens complémentaires. S'ils ne trouvent pas, il soulèvent l'hypothèse de lésions micro-organiques. N. KLOTZ déclare "entre le fonctionnel et le lésionnel y-a-t-il une différence de nature ou de degré ? ... on passe souvent du micro-lésionnel au macro-lésionnel".

Les troubles fonctionnels restant sans lésion organique décelable, ni perturbation objective de la fonction, amènent le médecin à la deuxième attitude possible. Le terme de "fonctionnel" est alors associé aux termes de "cryptogénétique", "pseudo-organique", "psychogénique". "Cryptogénétique veut dire d'origine cachée que toutes les hypothèses sont permises ; "pseudo-organique" signifie que la description des symptomes coincide avec le tableau clinique d'une affection organique connue mais n'en a pas les signes objectifs, l'étiologie est alors considérée comme pitiatique ou simulatrice ; "psychogénique" veut dire que l'affection est déclenchée par des troubles psychologiques purs et organisée suivant le canal de représentation imaginative, elle relève de la psychopathologie et recouvre parfois une affection psychiatrique constituée : délire hypochondriaque, mélancolie, hystérie, psychasthénie etc ...

Sans avoir la prétention de faire une nomenclature parfaite de la psychopathologie et de la psychiatrie, voyons dans quelle principales affections on va retrouver des troubles fonctionnels qui vont être déterminés soit par des bouleversements profonds de la personnalité avec détérioration de l'image du corps, soit par des troubles névrotiques moins graves. Dans les psychoses organiques, les émences entrainent des troubles somatiques fonctionnels dus à la cause même de l'affection. Dans le chapitre des psychoses fonctionnelles, ils font partie du tableau des accès maniaques et mélancoliques (syndrome de Cotard en particulier). Ils se retrouvent dans les délires aigus (bouffées délirantes polymorphes) , dans les délires chroniques ; les psychoses hallucinatoires chroniques peuvent avoir des thèmes hypochondriaques ; la schizophrénie peut débuter par des idées obsédantes de dysmorphobie (conviction d'avoir le nez trop long, le visage ou les organes sexuels en carton) ; dans la schizophrénie paranoïde, il existe des délires à thème hypochondriaque. Dans les névroses, ils sont l'expression somatique de l'angoisse : on les retrouve donc à tous les niveaux : névrose traumatique, névrose d'angoisse, neurasthénie, psychasthénie, névrose phobique, hystérie, névrose obssessionelle, névrose existentielle.

La troisième attitude consiste à admettre que les troubles fonctionnels sont liés à une perturbation objective de la fonction, et à identifier et décrire une pathologie qui ne reposerait pas sur l'existence de lésions organisées mais serait faite de spasmes, d'irritation ou d'inflammation. L'étiologie imputée repose sur les propriétés de réactivité des tissus.

Le tissu réagit à une agression qui peut-être physique, clinique, bactériologique mais aussi psychophysiologique par l'intermédiaire des systèmes neuro-végétatif et hormonaux. Il réagit par spasme ou hyperliémie et revient ensuite à la normale. Les troubles souvent répétés peuvent finir par l'organiciser et créer une véritable lésion. Citons deux exemples concernant les troubles coronaires et les troubles colopathiques.

Troubles coronaires. Les travaux d'Eliott Brott fournissent la preuve par coronagraphie sélective de l'intégrité de l'arbre coronarien et de sa lumière dans de nombreux cas qui, cliniquement et

électriquement, s'imposaient comme une ischémie ou une nécrose myocardique consécutive à une obstruction coronarienne. D'après les travaux de N.W. Racb une accumulation excessive dans le myocarde de catécholamines entrainerait un besoin accru en oxygène auquel ne pourrait répondre le débit du réseau coronarien. M. Levy A affirme qu'une déconnexion fonctionnelle des centres encéphaliques du contrôle neuro végétatif libère des automatismes végétatifs viscéraux qui évoluent alors anarchiquement dans tel ou tel organe suivant une "prédisposition" individuelle. M. Derobert publie une observation de suffusions hémorragiques sous endocardioques ayant entrainé une mort brutale dans certains cas de traumatismes craniens, et M. Levy de dire que, si un traumatisme cranien peut donner des atteintes cardiaques anatomiques et électrocardiographiques, il n'est pas interdit de penser qu'un traumatisme affectif puisse donner des troubles coronariens.

Troubles colopathiques. Le "colon irritable" se voit surtout chez des sujets anxieux, tendus, inquiets ; d'après les études de Richter D.A. il y aurait une augmentation des mouvements propulsifs du colon après les repas et après excitation parasympathique, ce qui donnerait une accélération moyenne du temps de transit et expliquerait les troubles fonctionnels, à type de fausse diarrhée, observés.

Cas particulier : les affections psychosomatiques.
Il s'agit d'un nombre limité d'affections bien connues dont la symptomatologie est typique, bien décrite. La pathogénie s'installe par le canal psycho-physiologique. Les facteurs psychologiques sont déterminants et conditionnent la survenue des poussées et des rechutes. Il ne s'agit donc pas de troubles vagues, imprécis, erratiques, mais d'une maladie organisée, avec une pathogénie par spasme ayant déterminé de véritables lésions, avec une cause psychologique, un "motif". Citons, à titre d'exemple, l'asthme, l'ulcère d'estomac, le psoriasis ...

M. Bonfils distingue, en pathologie digestive, les troubles psycho-fonctionnels digestifs qui sont, dit-il, une accentuation des réactions physiologiques - par exemple, la peur, le désir irréalisable de fuite stimulent immédiatement l'activité gastrique ; l'agressivité et les réactions hostiles donnent une exacerbation des fonctions de l'estomac- des affections fonctionnelles digestives à participation psychologique : ces maladies psychosomatiques se définissentpar l'interaction entre les phénomènes somatiques et psychiques. Elles ne résultent pas d'une hyperactivité physiologique, mais d'une distorsion de cette activité et s'accompagne d'un statut psycho-affectifconstitué avant l'apparition de la lésion.

Nous distinguerons l'affection psychosomatique, maladie bien individualisée, avec des signes pathologiques à la fois somatiques et psychologiques constants chez tous les malades qui en sont porteurs, d'avec les symptomes fonctionnels isolés, déterminés par une simple perturbation des fonctions neurovégétatives. Ceux-là, seuls, nous interesseront pour notre exposé.

Pour plus de commodité, nous parlerons de "syndrome fonctionnel" qui nous amènera à la définition du malade fonctionnel.

l'intérêt du texte, le pourquoi ...

LE SYNDROME FONCTIONNEL

Ce syndrome (par analogie à la pathologie classique, groupant un certain nombre de signes) présente deux versants : un versant "négatif" comprenant les symptomes anorganiques, un versant "positif" lié aux aspects psychologiques du substrat psychiatrique.

Le versant négatif regroupe des signes fonctionnels sans organicité, erratiques dans l'espace, inconstants dans le temps, incomplets, disparates. Ainsi, le malade se plaindra de céphalées isolées, non accompagnées de vomissements ou de troubles visuels ou de modifications du fond d'oeil ou de troubles neurologiques, apparaissant au moindre souci. Ou tel autre accusera des dorsalgies en même temps que des digestions difficiles, des vertiges ; et, un mois plus tard, reviendra avec cette fois des percardialgies, puis des gastralgies.

Le versant positif est constitué par les signes psychologiques. En effet, on retrouve à coup sûr un état d'anxiété intense, une attitude souvent geignarde, une quérulence importante ; les tendances névrotiques du malade deviendront rapidement évidentes.

C'est la concomitance, à la fois des signes fonctionnels, dont l'organicité ne va pas être prouvée, jointe à des signes de perturbations psychologiques, qui va définir ce que nous appelerons le "syndrome fonctionnel". Il se place donc entre l'affection organique et l'affection psychiatrique ; en effet, les signes organiques objectifs ne seront pas retrouvés, et les signes psychologiques ne seront jamais redevables de la psychiatrie.

LE MALADE "FONCTIONNEL"

On le rencontre partout : dans les consultations des médecins généralistes et des spécialistes, dans les hopitaux où ils peuvent séjourner pour bilan, dans les entreprises de "check-up". Il fréquente assidument les consultations hospitalières ou de dispensaire ; il suit très souvent des cures de toutes sortes. Et, partout, il indispose par sa quérulence, il fait peur car on ne sait comment résoudre sa demande, comment l'aborder, et on n'est jamais certain d'avoir éliminé le substrat organique de son cas. En effet, il veut parler avec le médecin le langage de l'organicité, mais la réponse reste négative. Tous les deux refusent de parler psychiatrie.

L'attitude du médecin va être, devant ce nouveau patient qu'il ne connait pas, de partir à la découverte des examens complémentaires après avoir fait un examen clinique complet qui n'a rien montré. Puis son enthousiasme se tempère : les examens sont tous négatifs. Il va évoquer alors une "dystonie"neuro-végétative" et, si le malade continue à se plaindre, il sera taxé de malade imaginaire ou de malade psychogénique. Et le médecin souhaite à chaque consultation que ce sera la dernière.

Comme il a été difficile de trouver un statut pour le syndrome fonctionnel, il va être aussi difficile d'en trouver un pour le "malade fonctionnel", car, dans l'expérience clinique, tout n'est pas aussi nettement délimité que dans la théorie.

Il existe en fait une gamme de cas entre les malades purement psychogènes, c'est-à-dire les geignards permanents ou les hypochondriaques constitués, et les malades présentant des affections organiques graves entrainant des retentissements psychologiques importants, en passant par les surcharges fonctionnelles des affections banales. Dans ce dernier cas, le "syndrome fonctionnel" vient exagérer la symptomatologie existante de la maladie organique. Le malade se plaint de troubles diffus, erratiques, imprécis, ayant quelquefois peu de rapport avec la maladie en question. Le meilleur exemple en est le "syndrome subjectif" des traumatisés du crane. On peut aussi parler à ce propos de la "névrose de rente" ou "sinistrose", c'est-à-dire de l'exagération, voire de la sursimulation et de la persévération utilitaires des symptomes dans les séquelles d'accident ou d'affection en litige d'invalidation. Il faut noter que ces simulations ne sont pas forcément conscientes et délibérées, mais souvent une recherche de bénéfices secondaires, révélatrice de problèmes névrotiques.

Parlons enfin des retentissements psychologiques des maladies organiques graves : les réactions d'angoisse et de désarroi face à la mutilation ou à l'invalidité et au pronostic grave peuvent entrainer l'apparition d'un "syndrome fonctionnel" révélateur de décompensation névrotique, avec attitudes régressives, dénommé par les anglo-saxons "psychogénic overlay".

Le "malade fonctionnel" peut être un "vrai" malade, mais avec une surcharge de troubles non expliqués par la clinique, exprimant par contre des troubles psychologiques souvent de type névrotique. Il peut être aussi uniquement porteur de problèmes psychologiques, les troubles somatiques, qui ont fini par s'installer le soulageant de son angoisse morale. Il présente donc un "syndrome fonctionnel", que nous avons essayé de définir plus haut, tout comme le "malade organique" présente un "syndrome organique". Mais, si pour traiter ce dernier et le guérir, on peut faire abstraction de sa personnalité, de son hérédité, de sa biographie, de son histoire autre que médicale, pour le malade fonctionnel, on ne peut l'aider ni pour le soulager si, justement, on ne se penche pas sur "sa personne", ce que Lagache appelle "la personne totale en situation", cumulant son hérédité,ses expériences acquises et son expérience actuelle face à une situation donnée. En fait, il n'y a pas de barrière entre le malade fonctionnel et le malade organique, car on devrait s'interesser à la personne de tout patient quel qu'il soit. Mais, nous avons choisi de parler de ce genre de troubles pour lesquels la chimiothérapie

seule n'est pas suffisante et pour lesquels il faut trouver d'autres méthodes.

Puisqu'on admet la causalité psychique dans le déterminisme du symptome fonctionnel, il va falloir déchiffrer la genèse de celui-ci, retracer le plus loin possible dans le passé l'émergence, l'affirmation et la répétition du symptome préférentiel et les diverses circonstances de son renforcement.

Qu'est ce que la "personne totale en situation" ?

Elle totalise quatre étapes importantes de la vie du sujet
- son hérédité somatique et neurobiologique ;
- les péripéties du développement affectif de son enfance ;
- les expériences ultérieures de l'enfance et de l'adolescence ;
- les expériences de l'âge adulte.

SON HEREDITE SOMATIQUE ET NEUROBIOLOGIQUE.

C'est ce que l'on a appelé le "tempérament", le "terrain", la "constitution". Par exemple, on parle de "constitution hyperémotive" dans laquelle les réactions neuro-végétatives aux émotions sont très augmentées, les décharges adrénaliniques plus fréquentes. D'autre part, il peut y avoir à la base de ces troubles une épine irritative qui peut, elle, être héréditaire et constituer le sujet de plainte le plus fréquemment choisie par le malade.

LES PERIPETIES DU DEVELOPPEMENT AFFECTIF DE SON ENFANCE.

Les carences affectives de l'enfance, les traumatismes affectifs, les frustrations peuvent entrainer chez l'adulte des attitudes d'angoisse ou phobiques ; on retrouve aussi des situations de frustration dans l'enfance, et les situations d'abandon ou de séparation réveillent certaines situations symboliquement identiques du passé qui sont solidement refoulées, et qu'il est interessant de faire resurgir.

LES EXPERIENCES ULTERIEURES DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE.

Celles-ci sont moins enfouies dans l'inconscient que les précédentes et sont plus facilement dépistées par le généraliste (pour les autres l'analyse ou la narco-analyse est souvent nécessair Mais nous envisagerons dans nos questionnaires des moyens qui pourraient mettre déjà sur la piste.

Pour l'instant, parmi les expériences de l'enfance et de l'adolescence, nous citerons tout ce qui a pu créer des habitudes ou mieux des "frayages" de conduite comme, par exemple, les bénéfices secondaires de la maladie : maladie providentielle qui permettait de récupérer affection et protection d'une mère lointaine et rejetante, maladie qu'on finissait par désirer, provoquer ou simuler pour éviter les contraintes de l'école, les devoirs difficiles, les périlleuses compositions non apprises. Si bien que toute difficulté entrainera petit à petit la création de troubles vagues gênant le travail ou le passage à l'acte. Toute frustration affective pourra déterminer ainsi l'apparition d'asthénie et de symptomes divers qui ne seront plus simulés mais réellement "vécus".

Fréquemment aussi, on retrouvera dans les antécédents de ces malades une mère qui se plaignait souvent, passait ses journées allongées, souffrant de maux divers auxquels il est impossible de donner un nom. On parlera de modèles de conduite parentaux, d'exemplarité. Certains faits ont pu aussi choquer la sensibilité de l'enfant jeune, créer chez lui une angoisse inoubliable qui réapparaitra dans sa vie d'adulte. Les exemples en sont multiples, mais, parmi eux, un nous a particulièrement frappé.

Il s'agit d'une vieille dame russe, âgée de soixante douze ans, qui vient nous voir pour un état dépressif mineur, mais surtout une impression de diminution de la force musculaire de la jambe gauche qui lui donnait une sensation d'instabilité et la peur de tomber, et qui l'empêchait finalement de marcher. Tous les examens se révélèrent négatifs. Lorsque nous lui fimes remplir notre questionnaire, elle nous raconta, sans paraitre avoir fait le lien entre les deux phénomènes, que son père avait été condamné à mort par les révolutionnaires russes et qu'au lendemain du verdict sa jambe gauche s'était paralysée. Il n'avait finalement pas été exécuté, mais sa jambe n'était jamais redevenue normale. Or, nous apprimes que les troubles de cette dame remontaient à plus d'un an, date à laquelle elle avait perdu sa dernière soeur. Depuis elle était seule au monde et n'attendait que la mort, disait-elle. La similitude des deux situations semble évidente. Très souvent, on retrouve chez nos malades une image du symptome qui n'atteste pas forcément de l'hérédité, mais plutôt de l'exemplarité ou du symbole. Cette observation nous le prouve puisque la parésie de la jambe gauche n'était que subjective.

LES EXPERIENCES DE L'AGE ADULTE.

Il s'agit ici des chocs émotionnels récents, des traumatismes affectifs, des difficultés et contraintes de la vie professionnelle, sociale et familiale.

On peut donc dire que tout malade, et a fortiori le malade fonctionnel, est malade à partir de toute sa vie, de son héritage constitutionnel et de toute son expérience biographique, avec ses modèles et ses frayages de conduite.

-:-:-:-:-:-:-:-

Le sujet a traversé successivement divers plans sociaux, divers milieux "institutionnels" régis par des moeurs, des normes ou des lois : institutions familiales, scolaire, professionnelle, culturelle, sportive, religieuse, etc... Le sujet s'y est adapté ou ne s'y est pas adapté. Devant chaque situation, il peut répondre par deux sortes de conduite : alloplastique, où il agit sur l'extérieur ; autoplastique, où il agit sur lui-même au prix d'un stress, d'une frustration ou d'un conflit contraignant. Ces situations conflictuelles par répétition, par renforcement faisant revivre des expériences conflictuelles antérieures, peuvent créer un "frayage névrotique", c'est-à-dire une manière habituelle de s'exprimer telle que la crise, la fugue, l'agression ou la plainte et particulièrement la plainte somatique autorisée par l'entourage et le milieu et non culpabilisante.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Un malade fonctionnel, "personne totale en situation", va donc se présenter avec ses symptomes devant le médecin. Il va dissimuler la signification psychologique de son malaise, il s'accroche à l'hypothèse organique de son cas car elle est séduisante, déculpabilisante et socialement admise. Le médecin, qui a une formation organiciste, entrevoit que le comportement du malade exprimant son symptome est une affaire psychologique et que le symptome risque d'avoir des racines, des rameaux et des relances psychiques. Il se juge incompétent.

Or, le malade fonctionnel, tel que nous avons essayé de le définir, n'est ni un malade organique, ni un malade psychiatrique. La grande erreur serait de l'adresser d'emblée au psychiatre car : ou bien ce dernier renverra le malade lequel ne pardonnera jamais à son médecin de l'avoir pris pour "fou" et ne voudra plus jamais entendre parler de troubles psychologiques, ou bien le psychiatre va lui prescrire des médicaments majeurs, dont les effets secondaires viendront ajouter encore au caractère gênant de son syndrome fonctionnel dont l'un des inconvénients est d'être socialement invalidant. Il risque de plus de créer, chez ce malade, une auto-interrogation psychologique permanente qui sera aussi perturbante et invalidante que les symptomes eux-mêmes.

Or, la psychogenèse du "trouble fonctionnel" ne relève pas forcément de la pathologie mentale mais souvent aussi de la psychologie normale. Et il n'est pas finalement très difficile, pour le médecin de famille, d'essayer de regrouper des renseignements touchant aux quatre paragraphes précédemment décrits qui lui permettront de connaître la "personne" qu'il a en face de lui et de pouvoir ensuite l'aider.

Mais le médecin ne retrouve dans la littérature qu'une typologie de type psychiatrique sur ce genre de malade, qui l'effraie. Ainsi, si l'on fait des recherches sur les travaux qui ont été publiés sur la psychogenèse des "troubles fonctionnels", on voit que les cystalgies à urines claires se voient surtout chez les hystériques et les obssessionnels (Aboulker et Chestol). Les trois quarts des cas de psoriasis présentent des traits de structure caractérielle de type obsessionnel et dépressif, psychasthénie, méticulosité (Bolgert). Le colon irritable se verrait surtout chez les anxieux, les dépressifs (Bonnefond et Mignon). etc ...

Nous pensons qu'on pourrait envisager une étude plus complète sur ce que pourrait être cette psychogenèse des symptomes du malade fonctionnel, reprendre des classifications à partir des données réelles, c'est-à-dire du vécu de ses antécédents médicaux et chirurgicaux, des antécédents familiaux, de la biographie du malade , de ses principales caractéristiques psychologiques et de son dossier clinique. Il serait possible ainsi de déterminer des typologies autres que les typologies psychiatriques.

Nous proposons donc un instrument permettant d'étudier les dossiers psychologique et clinique de chaque "malade fonctionnel", les deux dossiers ayant la même importance chez lui. Cet instrument permettra de comparer les dossiers des malades entre eux et d'aboutir à de nouvelles possibilités de classification.

Il ne s'agira pas ici d'une étude statistique, mais d'une proposition de matériel permettant de la réaliser avec un exemple d'exploitation sur cinquante cas.

D E U X I E M E P A R T I E

SYSTEME DE RECUEIL ET DE CODAGE DES DONNEES CLINIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

(Interrogation et examen des malades)

L'instrument que nous proposons se compose de deux questionnaires et de deux grilles. Les deux questionnaires vont apporter des renseignements sur les antécédents du sujet (personnels et familiaux) et sur sa biographie. Une des deux grilles va résumer, comparer et classer les résultats des examens cliniques et des examens complémentaires. La deuxième grille servira à évaluer son état psychique. Ce sera la B.P.R.S. de Pichot, qui est une échelle abrégée d'appréciation psychiatrique bien connue de tous.

Ce dossier sera rempli pour chaque malade et codé, ce qui permettra une lecture optique pour un petit nombre de malades, ou une lecture en machine si la statistique est plus importante.

Etudions, plus en détail, l'instrument proposé.

I) QUESTIONNAIRE DES ANTECEDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

Ils vont être inventoriés sous la forme d'un questionnaire avec les antécédents personnels médicaux et chirurgicaux, les antécédents médico-psychologiques et les antécédents familiaux.

Le premier chapitre concerne les antécédents médicaux proprement dits.

Une énumération de trente affections sera faite, groupées le plus souvent par organe, et choisies parmi celles qui peuvent créer plus facilement des "séquelles" fonctionnelles, ou qui peuvent être considérées comme maladies psychosomatiques. Nous n'avons pas oublié les maladies infectieuses de l'enfance.

Ce qui importe le plus, c'est le vécu de toutes ces affections. Il faudra donc spécifier d'abord l'âge où elles se sont déclarées ; si elles ont été soignées à la maison, à l'hopital, à la clinique, en sanatorium, etc ... ; leur durée. En effet, une hospitalisation prolongée pendant l'enfance entraine une carence affective importante à cet âge et des frayeurs qui, sur des terrains anxieux, risquent d'avoir des retentissements psychiques durables. Enfin, ces affections ont-elles laissé des séquelles, épines irritatives si propices à l'éclosion de "troubles fonctionnels".

Les questions figurent sur la page de droite, la page de gauche étant blanche, de sorte qu'on puisse écrire les commentaires ou les reflexions du malade en face de la question ou de l'item concerné.

Dans ce chapitre, nous aurons ainsi une idée plus nette de la façon dont le malade a subi ses maladies organiques, de son attitude générale face à la maladie ; ainsi, certains ne se souviennent pas des infections de l'enfance , ne savent plus l'âge auquel ils ont eu telle maladie importante ; d'autres au contraire, ont conservé en mémoire les dates précises de leurs maladies, les traitements etc ..., leur passé est chargé en maux de toutes sortes qu'il arrivent à classer comme ils peuvent dans notre liste, et la page de gauche se noircit rapidement de leurs commentaires.

Le deuxième chapitre concerne les antécédents "chirurgicaux"

La dichotomie "médical" - "chirurgical" non fondée nécessairement en médecine (un calcul de l'uretère est-il médical ou chirurgical ?) correspond mieux à l'expérience personnelle du malade : ablation des amygdales et des végétations, fractures, appendicite, traumatisme cranien, luxations, brûlures, opération diverses ... L'âge doit être précisé, ainsi que la durée de l'affection, les séquelles éventuelles et, comme pour les affections médicales, l'endroit où elles ont été soignées : domicile, hopital, clinique ... De la même façon, on inscrira en page gauche les commentaires du malade face à la question correspondante. Ceci reste valable pour l'ensemble du questionnaire.

Le troisième chapitre qui se libelle "autres "renseignements sur votre santé" explique en fait le développement médico-psychologique et ses éventuelles perturbations.

Les six premières questions vont permettre de connaître la consommation médicale du patient et de savoir si son état de santé a eu des répercussions sur sa vie sociale, s'il existait déjà un absentéisme scolaire (cf. bénéfices secondaires de la maladie, vus plus haut), s'il y a un changement de métier ou d'études pour des raisons de santé ; questions qui peuvent indiquer aussi si toute l'attention du malade est fixée sur son propre corps, si ses états de santé sont les seuls évènements importants de sa vie, pour des raisons valables ou non.

Ensuite, quelques questions sur les éventuels chocs émotionnels ou affectifs subis récemment, qui auraient pu déterminer les troubles ressentis.

Puis, pour les deux sexes, la façon dont s'est passée la puberté ; pour les femmes l'âge des premières règles, le déroulement des grossesses et des accouchements, autant de questions importantes car elles déclenchent récits et commentaires sur des périodes de la vie vécues comme pathologiques par certains et normales et heureuses par d'autres ; pour les hommes, deux questions sur les réformes du service militaire pour motif médical, réforme ressentie par certains comme une délivrance, pour les autres comme une infirmité.

Puis, viennent des questions visant à détecter l'existence de petits stgmates névropathiques de l'enfance (retard à la marche, énurésie tardive, tics, cauchemars) pouvant traduire les tendances anxieuses qui ont marqué le développement du sujet. Puis quelques investigations sur la présence éventuelle de troubles caractériels (colères, fugues, etc...).

Les deux dernières questions sur les tentatives de suicide et la prise, ou non, de psychoanaleptiques donnent le ton général de ce troisième chapitre : il essaie de détecter les tendances névrotiques du malade, les questions étant, là aussi, complètées par ses réflexions suscitées et dûment notées sur la page de gauche.

II)= QUESTIONNAIRE BIOGRAPHIQUE

Ce questionnaire volontairement très court et le moins indiscret possible explore rapidement le milieu familial, la scolarité, le milieu professionnel et les principales sources d'intérêt.

On note l'origine géographique (urbaine ou rurale). On recherche une éventuelle carence affective ou une dissociation du couple parental susceptible d'avoir eu un retentissement sur l'état psychique du sujet. On étudie l'instabilité scolaire ou professionnelle, le choix professionnel, les distractions préférées ; ces données détermineront le cadre de vie du sujet et surtout son adaptation sociale. En effet, nous serions enclins à penser comme M. Luban-Plozza que "la maladie serait la conséquence d'une absence de but de vie ..... le médecin doit s'efforcer de montrer à la personne psychosomatiquement malade la voie menant à un optimisme renouvelé et à une nouvelle acceptation de la vie". =

Le quatrième chapitre permet de connaître les antécédents familiaux.

Nous cherchons à savoir les causes de décès éventuel des parents, grands parents, frères et soeurs. Il y a trois raisons de prêter attention aux antécédents de décès : le décès d'un membre de la famille traduit la fragilité éventuelle du terrain, a pu provoquer un choc affectif ou psychologique, a pu induire par identification un choix de symptome ou d'organe D'abord, le décès prématuré d'un des deux parents ou des deux parents a forcément marqué la vie du patient par le choc affectif d'une part, d'autre part par le changement d'organisation de vie dans l'enfance ou l'adolescence.Ainsi, parmi nos dossiers, nous pouvons citer le cas d'une jeune fille de vingt deux ans qui a perdu sa mère à l'âge de quinze ans. Cette mère était très abusive, très protectrice, couvait sa fille à tel point qu'à quinze ans celle-ci n'avait jamais pris le métro seule. Du jour au lendemain, la pauvre fillette s'est retrouvée seule, a du assurer sa subsistance et effectuer seule tous les gestes de la vie quotidienne, alors qu'on lui laissait les responsabilités d'une enfant de cinq ans chez elle. Nous la suivons pour des troubles divers : dorsalgies, asthénie intense, vertiges. Les troubles diminuent en même temps que se développe son esprit d'initiative et sa confiance en elle.

Le décès d'un des parents, des grands parents, d'un frère ou d'une soeur peut simplement avoir impressionné le malade qui choisira de préférence pour s'exprimer le symptome ayant quelque rapport avec cette mort. Ainsi, nous avons vu le cas de deux jeunes filles ayant perdu, d'un infarctus, l'une sa mère, l'autre son père, venir se plaindre pendant six mois de précardialgies. On parle d'émergence du symptome qui peut s'affirmer, se répéter et devenir la réponse préférée aux problèmes psychologiques et existentiels du malade. Notre tableau pourra donc être important pour déterminer la genèse du symptome et pour connaître les réactions du malade devant ses premiers rendez-vous avec la mort.

UN deuxième tableau précise les maladies de la famille : père, mère, frère et soeur, grands parents, oncle, tante. Dans certains cas, une hérédité certaine peut être mise en évidence, particulièrement dans le cas des affections psychosomatiques. Il y a ainsi des familles de cardiaques, d'autres riches en histoires cancéreuses, d'autres présentant plusieurs cas d'ulcères de l'estomac, d'autres plusieurs cas d'asthme ou d'hyper tension artérielle. Certains organes plus fragiles dans certaines familles que dans d'autres peuvent servir d'épine irritative et les malades vont choisir de préférence cette localisation pour lieu de somatisation. Ainsi, dans les familles où les malformations cardiaques sont fréquentes entrainant des insuffisances cardiaques chez des sujets relativement jeunes, ou dans les familles à infarctus, la plainte somatique va se faire de préférence au niveau du coeur : le plus souvent,chez ce sujet, aucun signe de malformation, d'insuffisance cardiaque ni de lésion coronarienne n'est retrouvé. Les organicistes répondront à ceci qu'il peut s'agir de micro lésions, non détectables, qui deviendront plus tard de vraies lésions. Sans entrer dans cette controverse, nous parlerons au moins d'exemplarité du symptome, le malade ayant emprunté à son entourage un mode d'expression qui lui assure un statut bénéfique et la sollicitude des siens.

Il est donc interessant de connaître les antécédents familiaux des malades fonctionnels pour essayer d'y retrouver les symptomes dont le malade se plaint et, grâce à nos questionnaires, on peut imaginer une statistique qui pourrait étudier sur un grand nombre de cas le parallélisme entre ces maladies organiques typiquement familiales, le symptome fonctionnel du malade et son devenir, ce qui pourrait peut-être aider à savoir qu'il s'agit réellement d'hérédité organique, d'identification inconsciente ou d' "exemplarité de symptome".

A titre d'illustration, voici le cas d'une de nos malades, âgée de cinquante ans, qui vient à la consultation car elle souffre de crises de tachycardie depuis six mois. Des électrocardiogrammes ont été pratiqués qui n'ont rien montré d'anormal, le cardiologue avait confirmé l'origine "neurotonique" de ses troubles. Elle vient nous voir car elle était à nouveau gênée par les mêmes malaises et ne se trouvait pas sûre du diagnostic des premiers médecins consultés. Nous lui fimes refaire un autre électrocardiogramme, et notre cardiologue se montra lui aussi très ferme sur la non-organicité des symptomes. Le début de ses troubles avait coïncidé avec une histoire qui avait bouleversé la vie de cette dame. A cinquante ans, mariée, sans enfant, elle était tombée amoureuse pour la première fois de sa vie (son mariage avait été un mariage de raison). L'objet de ses amours était un homme qui travaillait avec elle et qui l'avait à peine remarquée : il faut dire que son aspect physique était très sévère, très modeste, son attitude très réservée, le contact très lointain. Ses amours ne furent pas consommées. Elle faisait d'ailleurs tout ce qu'il fallait pour faire fuir le monsieur. Mais plus il fuyait, plus les malaises se firent nombreux, atteignant leur paroxysme lors de la mutation de bureau de cet homme. Nous la suivimes pendant trois ans, en faisant faire des électrocardiogrammes de contrôle tous les six mois, qui ne montraient toujours rien d'anormal. Puis, elle disparut six mois et revint, cette fois, avec un réel début d'insuffisance cardiaque, traité à la digitaline. Nous fimes remplir notre dossier par cette malade : c'est d'ailleurs grâce à cela qu"elle nous avoua toute l'histoire, car elle n'aurait jamais osé le faire dit-elle. Dans ses antécédents familiaux, on note :

un père mort d'insuffisance cardiaque (à 84 ans il est vrai) ; un grand père et une grand mère morts aussi d'insuffisance cardiaque à 72 et 75 ans, un frère cardiaque vivant, une mère cardiaque vivant encore. Ces insuffisances cardiaques sont, certes, bien supportées pour permettre de vivre jusqu'à un âge avancé, mais elles ont été handicapantes relativement tôt, vers 60 ans. Que peut-on dire ?

Peut-on parler d'hérédité, d'épine irritative, d'exemplarité du symptome, ou d'identification inconsciente ? Ont-ils tous, au cours de périodes difficiles de leur vie, choisi les troubles cardiaques comme mode d'expression, et des lésions organiques vraies ont-elles fini par s'installer ? Il semble que, en ce qui concerne notre malade, ce soit cela qui se serait passé. Mais il serait interessant d'avoir un nombre important de cas similaires et d'établir une statistique sur ce problème, qui pourrait aider à y voir plus clair.

" Etudions maintenant " les façons dont on peut se servir de ces deux questionnaires, leurs avantages et leurs inconvénients.

Méthodes d'utilisation.

Nous avons éliminé d'emblée celle qui consisterait à présenter le questionnaire avant tout contact avec le médecin, pour des raisons psychologiques faciles à comprendre. En effet, il n'est pas question ici de substituer l'ordinateur au médecin dans le recueil complet des données cliniques. Il s'agit d'objectiver ce qui est objectivable, de mesurer ce qui est mesurable, de comptabiliser ce qui est comptabilisable, mais surtout il ne faut pas amputer les faits cliniques de leur sens et de leur contexte, ne pas détruire le désordre signifiant des données cliniques et ne pas s'écarter de la relation médecin - malade, seule capable de faire naître l'expression clinique authentique. L'atmosphère intime de la relation médecin - malade peut-être propice à la découverte de soi, peut faire naître les associations d'idées, resurgir les souvenirs. Les omissions les silences, les retards dans l'évocation de telle ou telle anecdote sont autant de faits indispensables à la compréhension du cas, qui n'apparaitrait pas dans un questionnaire rempli par le malade seul.

Nous avons ainsi essayé deux méthodes.

La première consiste à présenter au patient, lors de la deuxième consultation, les feuillets et à lui demander de les remplir lui-même. Nous l'installons dans une petite pièce, indépendante de la salle d'attente, et il a une vingtaine de minutes pour y répondre. Puis le médecin, au moment de la consultation proprement dite, reprendra les fiches. Il pourra ainsi vérifier la véracité des réponses, rectifier les erreurs (questions mal comprises) et compléter les omissions (certaines réponses ne seront fournies que dans l'intimité de l'entretien). De plus, il pourra aussi évaluer la gravité de l'antécédent. Ainsi, pour des malades de l'estomac, il peut s'agir de simples gastralgies, d'un ulcère traité, non traité, d'un cancer etc... Il est donc très important de préciser les données du questionnaire, de les évaluer. Il faut donc absolument terminer ce recueil des données par un entretien clinique.

Le principal avantage de cette méthode est de ne pas allonger le temps de la consultation, et on sait qu'il est très limité pour chaque malade dans les dispensaires et les hopitaux. Autres avantages : le malade échappe plus tôt à l'ennui de la salle d'attente ; le temps qui lui est imparti lui semblera plus long ; il aura plus de temps pour réfléchir et retrouver des détails précis ; il sera ainsi mieux préparé au dialogue avec le médecin.

Mais ceci peut aussi être un inconvénient : l'entretien clinique avec le médecin perdra un peu de sa spontanéité, de son anarchie, de sa dynamique, indispensables, nous le disions plus haut, à l'établissement du diagnostic, si le cas n'est pas clinique mais psychologique.

De plus, le malade n'acceptera pas toujours cette forme d'enquête stéréotypée, impersonnelle, qui peut lui paraître souvent indiscrète. Il ne verra pas le lien entre toutes ces questions et les maux dont il souffre. Malgré tous les efforts que l'on aura fait pour lui présenter ce dossier, il aura l'impression d'être pris pour un animal de laboratoire, d'autant plus volontiers qu'il se trouve à l'hopital ou au dispensaire. Et il ne se prêtera pas à cette forme d'interrogatoire.

C'est pour ces raisons que, bien que cette façon de procèder présente des avantages certains (notamment un gain de temps pour le médecin qui consulte à l'hopital ou dans un dispensaire), nous avons préféré employer la méthode suivante.

Le médecin pose les questions lui-même, coche les cases, et transforme la "fiche" en entretien. Le malade n'a plus l'impression d'être mis en carte, et ne se sent plus frustré de sa demande de relation. Le médecin n'est plus privé des données cliniques spontanées et exprimées exclusivement en atmosphère "médecin - malade". La méthode clinique est donc parfaitement respectée.

La relation médecin - malade, loin d'être détériorée, est bien souvent très améliorée. Ainsi, des malades qui venaient nous voir régulièrement et qui n'avaient jamais révélé l'essentiel de leurs problèmes lors de consultations traditionnelles, se sont débloqués en répondant aux questionnaires et ont raconté des faits qu'ils ont été tout étonnés d'avoir dit, après. Dans tous ces cas, nous pouvons affirmer que nos questionnaires ont eu un rôle psychothérapeutique certain, dans la mesure où ils ont permis d'orienter la psychothérapie elle-même et où ils ont aidé le malade à raconter certaines choses. Et ce qui l'aide, c'est précisément la forme systématisée, polycopiée de l'interrogatoire, forme qui ne les rebute plus puisque leur contact direct avec le médecin est conservé ; mais, qui, au contraire, les rassure car il s'agit d'un questionnaire qui est rempli par tout le monde, qui donc ne devrait être ni dangereux ni indiscret. On s'en méfie moins que des questions plus personnelles qui veulent vous débusquer. Ainsi, une réponse en amène une autre, suscite de nombreuses associations d'idées et commentaires utiles au médecin tant pour le diagnostic que pour la conduite de la psychothérapie qu'il peut avoir à envisager.

Ces "phrases" du malade seront annotées sur les pages de gauche face aux questions qui les ont provoquées. Le temps nécessaire au médecin pour remplir tout le dossier sera en moyenne de quinze à vingt minutes, ce qui allonge d'autant la consultation, mais cet interrogatoire, comparativement à un interrogatoire classique, est plus complet pour le même temps d'écoute. De plus le travail du médecin est facilité, il ne peut rien oublier ; tout est plus rationnalisé, tout est noté et facile à relire. En effet, les quatre pages du questionnaire étant disposées en "tuiles" sur la page droite (le premier feuillet étant le plus étroit et le quatrième le plus large), ne laissent ainsi apparaître que les réponses "oui". Le médecin peut ainsi , d'un seul coup d'oeil , saisir toutes les

réponses pathologiques.

Grâce à notre méthode, le médecin possède un interrogatoire le plus complet possible, réalisé dans un temps convenable, à visée à la fois qualitative et quantitative. La relation médecin malade n'en est nullement modifiée, si ce n'est améliorée. Les renseignements obtenus vont faciliter son travail de diagnostic et de thérapeutique et, de plus, les résultats vont pouvoir être utilisés à des fins très diverses et exploités grâce à la méthode informatique, nous verrons comment plus loin.

III FICHE D'ETUDE PSYCHOLOGIQUE DU MALADE

Pour l'évaluation de l'état psychologique et psychopathologique du sujet, nous avons pensé à utiliser des échelles d'évaluation standard, utilisées et étalonnées en psychiatrie courante et fournissant un bilan orienté vers le diagnostic psychiatrique. Il existe ainsi l'échelle de Wintten Born ou celle de Pichot, le B.P.R.S. (Brief Psychiatric Ratting Scale).

Nous avons éliminé l'échelle de Wintten Born, dont l'application est trop longue ; elle requiert plus d'une heure et s'adresse à des malades hospitalisés en service psychiatrie.

La B.P.R.S. a davantage retenu notre attention car sa forme abrégée ne contient que dix-huit items, groupés sur une même page. Elle peut se prêter à une passation rapide.

Elle se note selon un système simple de cotation. Les symptomes s'évaluent en degrès de gravité de un à sept : 1-absent, 2-très peu, 3-peu, 4-moyen, 5-important, 6-très important, 7-extrèmement important.

Les items étudient l'intensité des préoccupations somatiques, l'anxiété, le retrait affectif, la désorganisation conceptuelle, le sentiment de culpabilité. Ils proposent d'évaluer les manifestations physiques de la tension, le maniérisme, l'élévation de la tonalité émotionnelle, la mégalomanie, les tendances dépressives, l'hostilité, le comportement hallucinatoire, le sentiment de persécution, le ralentissement moteur, la non coopération avec l'interlocuteur, l'émoussement affectif. Ils notent la présence d'idées inhabituelles, d'état de désorientation. Comme on le voit, un grand nombre d'items explore des symptomes psychotiques et risque de demeurer sans objet pour la catégorie de malades qui nous interes qui ne sont pas des malades psychiatriques, nous l'avons précisé maintes fois dans notre exposé. La B.P.R.S., en fait, a été conçue pour comparer par analyse factorielle lanosographie psychiatrique française aux nosographies psychiatriques étrangères. Elle a été utilisée ultérieurement pour l'évaluation de l'amélioration des malades psychiatriques sous traitement.

Mais, bien qu'elle ait été conçue pour des malades psychia triques relevant de l'ensemble de la gamme de diagnostic depuis les états névrotiques et caractériels mineurs jusqu'aux psychoses graves les travaux qui ont porté sur sa validation et son exploitation ont été effectués en milieu hospitalier psychiatrique avec une plus fort concentration de psychoses. Ainsi, on peut formuler quelques restric tions sur l'indication de son emploi en milieu psychiatrique ouvert

et a fortiori en consultation "fonctionnelle". Elle s'adapte mal aux malades psychosomatiques ou hypochondriaques ou petits dépressifs de la consultation courante. Ainsi nous savons à l'avance que certains items demeureront sans objet et donneront la cotation zéro. Quant à la variabilité des symptomes, l'échelle est trop grossière pour nos malades névrotiques.

En fait, à la B.P.R.S. nous aurions préféré une échelle spécialement conçue pour des malades névrotiques et caractériels, et correspondant à la demande d'un examen psychologique plus sommaire de ces malades. Il s'agit de l'échelle d'observation de Crocq.

Cette échelle résume point par point l'examen psychiatrique habituel comme pourrait l'effectuer tout clinicien, tout interne ou stagiaire à l'hopital, ou en consultation courante. Elle présente vingt items alignés sur une seule page (pour en faciliter l'emploi), et s'applique aux troubles psychiques mineurs et affections névrotiques, caractérielles ou réactionnelles. Ces troubles constituent la majorité des affections de la pratique courante.

Ces items sont répartis en cinq rubriques : présentation, intelligence, affectivité, symptomes psychiques et somatiques, activité.

La présentation comprenant trois items : l'habitude, le contact, le discours.

L'intelligence : trois autres items à savoir la lucidité, la mémoire, l'efficience intellectuelle.

L'affectivité : trois items également avec l'étude de l'émotion, de la thymie, de l'élan vital.

Les symptomes psychiques et somatiques sont l'anxiété psychique, l'angoisse somatique, les symptomes psychonévrotiques, la fatigue, l'appétit, le sommeil, l'hypochondrie.

L'activité enfin explore la volonté, le comportement, les troubles du caractère, les traits de personnalité névrotique.

Quelques mots rappellent en deux lignes, en face de chaque item, sa signification et les anomalies qui s'y rapportent, de telle façon qu'un clinicien peu expérimenté ou un stagiaire puisse facilement et rapidement se servir de l'échelle sans avoir besoin d'une autre documentation.

La cotation s'effectue dans la marge de droite, en regard de chaque item, sur une échelle en cinq points : 0 si le trouble ou le symptome est absent, I s'il est présent mais très faible, 2 s'il est faible, 3 s'il est moyen, 4 s'il est accentué, 5 s'il est très accentué. Une case supplémentaire est réservée à la mention éventuelle d'un doute du clinicien concernant sa cotation. Cette précaution est très utile pour l'exploitation statistique et évite d'avoir à traiter sur le même plan des données de certitude hétérogène.

D'autre part, l'échelle correspond à l'examen psychiatrique habituel. Elle n'impose donc au médecin aucune contrainte supplémen-

taire ; les items étant disposés sur une seule page, il peut modifier l'ordre de cotation à sa guise, en fonction des aléas de l'entretien clinique.

Sur le plan méthodologique, il convient d'insister sur certaines exigences qui ont préludé à l'élaboration de l'échelle. Le symptome a été regroupé sous sa catégorie logique. Par exemple, les symptomes "ralentissement moteur" et "excitation" sont regroupés sous l'item "comportement", ce qui veut dire que l'on cote la modification pathologique du "comportement" qu'elle se fasse dans le sens positif (excitation) ou dans le sens négatif (ralentissement moteur). En effet, si nous reprenons la B.P.R.S., l'item 13 concerne le ralentissement moteur ; ici, nous mettrons la cote zéro (ou "absent") au maniaque et au sujet sain ; le sujet sain n'a pas de ralentissement moteur et le maniaque présente le symptome opposé qui est l'excitation. Nous faisons donc entrer dans l'ordinateur des zéros de signification différente. Dans l'échelle deCrocq, ceci est évité. En effet, le sujet sain aura toujours zéro, le maniaque aura cinq.

Dans un même ordre d'idées, les différents signes d'angoisse somatique (cardiovasculaires, respiratoires, digestifs, etc ..) ont été rassemblés derrière le même item, de même que les différents troubles psychonévrotiques (phobiques, hystériques, obsessionnels), sans quoi leur zéro aurait éventuellement prété à confusion avec le zéro d'un sujet sain ; ce qui compte, c'est d'enregistrer le fait qu'il y ait une expression somatique de l'angoiss ou une organisation psychonévrotique quelle qu'elle soit, en vue d'une appréciation quantitative et non pas en vue d'un examen détaillé des aspects qualitatifs pour un inventaire. Cet inventaire sera fait, quant aux symptomes somatiques, dans notre deuxième grille concernant l'examen clinique proprement dit.

La cotation en cinq points est aussi plus facile d'utilisation que les six points de la B.P.R.S. car le passage du degré six au degré sept dans cette dernière représente une nuance sujette à caution et très variable selon l'observateur.

Cette échelle de Crocq présente de nombreux avantages. Elle est surtout beaucoup plus facile d'emploi pour le praticien n'ayant pas reçu une formation psychologique poussée, elle est mieux adaptée aux "malades fonctionnels" car plus simple, moins psychiatrique que la B.P.R.S. Elle permet d'établir un diagnostic psychologique ou psychiatrique de façon plus aisée. Elle permet d'objectiver l'évolution du cas, spontanée ou sous traitement, de façon plus précise que la B.P.R.S. car les items de celle-ci ont beaucoup moins tendance à bouger car ils n'explorent pas les troubles psychosomatiques de façon aussi précise.

Cependant, nous nous sommes servis de l'échelle de Pichot, car il vaut mieux encourir quelques critiques que de constituer une échelle qui ne serait pas validée. En fait, nous ne l'avons pas utilisé à des fins de diagnostic -pour cela seule l'échelle de Crocq nous a aidés- mais à des fins d'étude d'évolution avec ou sans traitement, bien qu'elle soit moins sensible pour nos malades, nous l'avons déjà dit.

IV - FICHE CLINIQUE

La constitution de notre dossier médico-psychologique ne serait pas complète si nous n'avions pas essayé d'élaborer une fiche clinique, capable elle aussi de passer en ordinateur, et résumant les données fournies par l'examen clinique et les examens complémentaires.

Il serait bien difficile de résumer toute la pathologie médicale en une fiche standard où nous n'aurions plus qu'à coder, suivant leur gravité, les symptomes et les modifications pathologiques des examens complémentaires de chaque malade. Ceci étant irréalisable, nous avons organisé la fiche de façon à ce qu'elle aide à classer le dossier de chaque malade fonctionnel ; voyons comment.

Les items de cette fiche sont répartis en cinq rubrique.

La première rubrique concerne le ou les symptomes qui amènent à consulter, symtome que l'on indique en toutes lettres et qui sera codé dans la marge de droite par un système analogue à celui employé pour les professions.

La deuxième rubrique s'informe des circonstances d'apparition : deuil, soucis familiaux, ennuis de travail, soucis d'ordre financier, transplantation et autres raisons. Il s'agit de la motivation psychologique. Ceci sera codé dans la marge de droite comme suit : 0-on ne sait pas, 1-ce n'est pas ce qui a déclenché l'apparition du symptome, 2-oui avec un vécu de parité moyenne, 3-oui avec un vécu de parité importante.

La troisième rubrique concerne l'examen clinique. Comme on peut le penser, il a été difficile de l'organiser. Nous avons essayé de résoudre le problème par une grille à double entrée.

Dans le sens horizontal de cette grille, nous faisons un inventaire des différents appareils : osseux, respiratoire, coeur, artères, veines, appareil digestif haut (bouche, oesophage, estomac), appareil digestif bas (intestin grêle, colon, rectum, anus), foie, appareil urinaire, appareil génital, appareil locomoteur, système nerveux central, appareil sensoriel, peau, phanères, appareil hématopoïétique, glandes endocrines.

Dans le sens vertical, nous avons énuméré les moyens d'examen : inspection, palpation, percussion, auscultation, réponse aux stimuli (recherche de différents reflexes, exploration de la sensibilité, oscillations artérielles par exemple), examens biologiques, radiologiques, éléctrobiologie (éléctroencéphalogramme, éléctromyogramme, éléctrocardiogramme), endoscopies (gastroscopie, rectoscopie), autres examens (examens hautement spécialisés pour chaque appareil ne pouvant être nomenclaturés).

On obtient ainsi des cases que nous noircissons s'il existe une modification pathologique chez notre malade ; par exemple

s'il présente une hépatomégalie, nous noircissons les cases percussion et palpation correspondant à la colonne foie. Certaines cases sont, elles, hachurées définitivement : en effet, l'auscultation de l'appareil urinaire, locomoteur, sensitif ou de la peau n'existe pas, de même que, par exemple, les endoscopies de l'appareil locomoteur.

Dans la page de droite, nous codons de la manière suivante:
0- l'examen n'a pas été fait
I- il est normal
2- Il est anormal une fois
3- il est anormal deux fois
4- il est anormal plusieurs fois.

Ainsi l'organicité ou la non-organicité du symptome devient-elle plus évidente à l'oeil du médecin.

Le dernier item de cette rubrique concerne la conclusion, qui seule importe dans cette énumération, qui a beaucoup de difficultés à être complète. La conclusion est également codée dans la marge de droite, comme suit :
0- on ne sait pas
I- il s'agit de troubles fonctionnels
2- nous avons retrouvé l'existence d'une épine irritative
3- organicité des troubles
4- organicité grave des troubles présentés.

Les conclusions 3 et 4 rentrent dans notre propos car il s'agit de ces organiques bénins ou graves présentant une surcharge fonctionnelle importante se surajoutant aux signes organiques proprement dits. Nous en verrons un exemple plus loin, parmi les observations que nous avons retenues pour illustrer précisément ces quatre propositions de notre conclusion.

Cette grille ne prétend pas être un résumé sérieux de l'examen clinique ; simplement, elle peut servir dans le cas de travaux statistiques portant sur de nombreux cas, à les classer d'après leur degré d'organicité, en allant du trouble fonctionnel proprement dit à la surcharge fonctionnelle chez le sujet atteint de maladie grave, ou d'après la catégorie de leur symptome : on pourra ainsi faire une étude plus spéciale sur la somatisation cardiaque ou cutanée.

La quatrième rubrique étudie le comportement social du sujet, au travers de sa maladie, sa vie familiale, sur son travail, sur sa situation financière. Sa consommation médicale est-elle importante ? A-t-il consulté des spécialistes ? Dans la marge de droite, nous coterons aussi de 0 à 4 suivant l'importance de la réponse :
0- on ne sait pas
I- il n'y a pas d'incidence soit familiale, soit financière, soit sur le travail ; la consommation est nulle ; il n'y a pas eu de consultation de spécialiste
2- oui, mais peu importante
3- oui, importante
4- oui, très importante.

La cinquième rubrique note le traitement : a : pas de traitement ; b : repos ; c : régime ; d : chimiothérapie ; e : psychothérapie. La cotation se fait toujours dans la marge de droite et toujours de 0 à 4 :

0- on ne sait pas
I- non
2- oui
3- oui, important
4- oui, très important.

La sixième rubrique enfin concerne l'évolution a : du symptome ; b : de l'état psychologique ; c : des signes organiques. Elle est aussi cotée de 0 à 4 avec :
0- on ne sait pas
I- aggravation
2- sans changement
3- muté
4- amélioré.

Cette fiche ne prétend pas être une observation clinique complète. Elle introduit de façon schématique les données fournies par l'examen clinique, l'évolution des troubles, les traitements, dans un dossier fait jusqu'à présent d'antécédents médicaux et chirurgicaux, familiaux et personnels, d'une biographie et d'une fiche psychologique, auquel il manquait la note clinique.

Son rôle sera de classer plus commodément les cas, lors d'études statistiques, en fonction de l'organe atteint, des méthodes de traitement etc... et de permettre d'établir des relations nouvelles entre, par exemple, la fonction atteinte et la biographie des malades, l'évolution du symptome et l'organisation des loisirs etc...

T R O I S I E M E P A R T I E

METHODOLOGIE STATISTIQUE

Les questionnaires et les échelles peuvent être employés à des fins très diverses. Nous n'entrerons pas dans le détail des procédures car le clinicien n'a pas à les connaître ; par contre il est bon q'il en connaisse les grands principes.

Une première utilisation de la statistique en clinique réside dans la comptabilité et l'analyse des données cliniques d'une population de malades, pour peu que les dossiers médicaux aient été explorés d'une manière homogène.

Si l'on désire faire un simple inventaire des réponses d'un sujet ou d'un groupe de sujets, les méthodes élémentaires de dénombrement et de moyennes fournissent les résultats demandés. L'exploitation sur ordinateur ne requiert que des programmes très simples.

Si l'on veut évaluer d'éventuelles relations et corrélations entre question et groupes de questions au sein d'un ensemble de sujets censé être composé de groupes disparates, on a recours à des méthodes plus complexes (analyse multivariée, analyse factorielle etc..). Leur exploitation sur ordinateur est alors complexe et couteuse.

Les buts que nous avons évoqué jusqu'ici sont des objectifs descriptifs visant à déchiffrer et comprendre la réalité clinique. Les méthodes qu'ils requièrent sont des méthodes descriptives. Ces méthodes descriptives peuvent mettre en évidence des groupements entre signes, des groupements entre sujets, suggérant l'existence de types. Mais ces méthodes ne sont pas habilitées à tester de la réalité ou de l'efficacité de ces types.

Aussi existe-t-il, des méthodes statistiques spécialement élaborées pour tester la validité des classifications et des instruments de mesure.

Si l'on veut, ayant reconnu l'existence de groupements différents, vérifier que ces groupements ont une existence significativement distincte (au sens statistique) , pouvoir classer un sujet dans le ou les groupes auquel il convient le mieux, et connaître les probabilités d'erreur commise en déclarant que la séparation entre groupes est réelle et que le sujet doit être classé dans tel groupe plutôt que dans tel autre, on doit faire appel à des méthodes "décisionnelles", différentes des méthodes évoquées plus haut.

Messieurs Crocq et Fondaraï préconisent, parmi ces méthodes décisionnelles, "de nouvelles méthodes mathématiques, inspirées de la recherche opérationnelle et plus adéquates que les méthodes classiques (qui traitent essentiellement des données quantitatives) à traiter un ensemble de données quantitatives et qualitatives". Ces méthodes reposent sur les trois notions de "pertinence de la question", d' "adéquation du questionnaire à son but" et d' "accord du sujet avec le questionnaire". Nous n'entrerons pas ici dans les détails ; sachons simplement que les méthodes statistiques employées pour exploiter les données de notre instrument dépendront du but poursuivi et qu'il est parfaitement apte à être utilisé en ordinateur.

Dans le cadre d'une première approche, nous présentons ci-dessous, quelques résultats statistiques élémentaires établis sur une population restreinte de 50 malades fonctionnels que nous avons personnellement examinés.

Dans notre consultation médicale hospitalière, nous avons pris un malade sur 10 et nous avons appliqué nos instruments. Il va de soi qu'une population hétérogène de 50 malades ne suffit en aucun cas à fonder une statistique valable. Nous le donnons ici à titre d'illustration pour montrer qu'il est possible de procèder à des études statistiques à partir de ces données objectives.

Distribution envisagée	Nombre de malades
I- Distribution selon l'organicité	
Troubles fonctionnels sans lésion organique	25
- - avec épine irritative	15
- - avec lésion organique	8
Surcharge fonctionnelle chez le malade organique pur	2
II- Distribution selon le terrain	
Symptomes retrouvés dans la pathologie familiale	21
Symptomes n'ayant rien à voir avec la pathologie familiale	29
N.B. Dans le deuxième cas, il faut compter les malades qui ne se sont pas rappelé les maladies de leur famille.	
III- Distribution selon le profil psychologique	
Anxiété	18
Tendance dépressive	6
Anxiété avec tendance dépressive	23
Pas d'anxiété, pas de tendance dépressive	3
IV- Distribution selon le métier	
Il est choisi	26
Il est imposé	20
Pas de métier	4
V- Distribution selon l'organisation des loisirs	
Elle existe	19
Elle n'existe pas	31
N.B. A titre d'exemple, nous avons étudié l'évolution du symptome en ce qui concerne cette dernière distribution.	

Evolution du symptome	Loisirs organisés	Loisirs non organisés
Aggravé	0	0
Amélioré	13	15
Sans changement	2	12
Muté	4	4

C'est à dessein que nous ne présentons aucune interprétation de cette statistique, car un échantillon si faible ne nous donne pas le droit de tirer des conclusions valables.

Toutefois, seulement à titre d'hypothèse, nous soulignerons trois faits :

1 - La moitié des malades de cette population, venus donc consulter dans un service de médecine "organique" , ne présentaient aucune lésion ni altération somatique objective.

2 - La grande majorité des malades (41 sur 50) présentaient des signes d'anxiété avec ou sans tendance dépressive. 3 malades seulement sur 50 étaient indemnes de toute tendance dépressive ou anxieuse.

3 - Plus de la moitié des malades (31 sur 50) menaient une existence sans loisirs ; et en ce qui concerne l'évolution , une plus grande proportion de ces malades sans loisirs (16 sur 31 contre 6 sur 19) ont vu leur symptomatologie persister dans la même expression fonctionnelle ou dans une expression fonctionnelle parallèle.

Pour compléter notre exposé, nous donnons quatre observations type de malade fonctionnel, vus dans notre consultation.

Le premier cas est celui d'une malade organique pure, mais présentant une surcharge fonctionnelle importante.

Le deuxième cas est celui d'une affection psychosomatique.

Dans le troisième cas, on retrouve une épine irritative, point de départ de somatisation et de troubles fonctionnels importants

Dans le quatrième cas, il s'agit d'un malade fonctionnel pur sans aucune anomalie génétique retrouvée.

OBSERVATION N° 1

Monsieur D..., âgé de trente cinq ans, vient consulter pour précardialgies. Depuis quelque temps, il ressentait des douleurs fugaces dans la région précardiale, accompagnées souvent de sensation de striction thoracique. La survenue de ces phénomènes ne semblait pas liée à l'effort, n'était jamais nocturne et n'entrainait aucun autre signe fonctionnel. Monsieur D... se sentait, par ailleurs, très tendu et très angoissé.

Dans ses antécédents médicaux personnels, on trouve un ulcère à l'estomac, traité et guéri il y a dix ans (à l'âge de vingt cinq ans) et, peut-être, une hépatite il y a trois ans mais l'histoire est peu claire.

A l'examen, on note un état d'agitation important et un facies manifestement anxieux. A l'auscultation, le coeur est rapide, très neurotonique. La tension artérielle est de 15-9. Le foie est un peu augmenté de volume, son bord inférieur n'est pas dur mais congestif (la notion d'éthylisme est toutefois difficile à déterminer chez ce malade qui déclare être très sobre). Il existe, d'autre part, une douleur provoquée à la palpation de la région épigastrique, au niveau du bulbe duodénal. Le reste de l'examen clinique ne décèle aucune autre anomalie.

Nous demandons des dosages biologiques sanguins, une radiographie de l'estomac et l'adressons au cardiologue.

Les tests hépatiques sont légèrement perturbés, le taux de prothrombine un peu abaissé, le taux de cholestérol est un peu bas. Par contre, le taux des protides est normal, de même que les autres dosages.

A la radiographie de l'estomac, on observe une accentuation inflammatoire du relief muqueux sur la grande courbure verticale. Le bulbe duodénal est lui aussi très inflammatoire. Il n'y a pas d'image d'ulcère ni de hernie hiatale.

Le cardilogue a fait faire un électrocardiogramme d'effort qui ne montre aucune atteinte coronarienne. A la radioscopie, le coeur est de volume normal ; on n'envisage pas pour l'instant de coronographie, car les douleurs ont été très améliorées par la prise de tranquillisants.

Devant ces différents résultats, nous conseillons à notre malade des règles d'hygiène très strictes : suppression du tabac, de l'alcool et du vin avec un régime alimentaire convenable, et nous maintenons notre prescription de tranquillisants.

Nous lui soumettons nos questionnaires et apprenons qu'il a perdu successivement en un an un cousin de son âge (décédé d'un cancer), un de ses oncles (d'une "crise cardiaque") et que son père a eu un infarctus du myocarde l'an dernier (il en est guéri maintenant). Ces chocs émotionnels répétés peuvent expliquer l'état d'angoisse et "l'emprunt" du symptome.

Nous continuons à le suivre régulièrement : il ne se plaint plus de précardialgies, tout va bien pendant six mois.

Il revient donc, six mois plus tard, se plaignant de douleurs gastriques très importantes, à type de brûlures, apparaissant deux heures après les repas, n'entrainant pas de vomissements, durantdepuis une semaine et ne rétrocèdant pas avec les pansements gastriques. Nous apprenons qu'il va se marier contre l'assentiment de ses parents et, qu'à son grand désespoir, ceux-cionT rompu toute relation avec lui. Une série d'injections intra-musculaires, un tranquillisant, le mariage vont avoir raison de ce nouvel épisode.

Il revient nous consulter à nouveau, au bout de sept mois, pour des "malaises" sans perte de connaissance, des sensations de vertige, de "tête vide", des accès de sueurs. A l'examen, tout est normal (en particulier le foie, le coeur et la région épigastrique où on ne retrouve pas les signes observés lors de l'examen initial). Nous demandons à nouveau des examens de sang et, surtout, une hyperglycémie provoquée. La glycémie de base est normale à 0,85 le pic est élevé - 2g 70, la durée de retour à la glycémie normale est allongée - plus de deux heures.

Un régime amaigrissant suffit à normaliser la glycémie et les malaises disparaissent. Il faut dire que sa femme était entrée en clinique, pour ablation d'un fibrome en cours de grossesse, au moment de l'apparition de ses troubles. Ceux-ci disparurent avec l'amélioration de l'état de sa femme.

Au moment de l'accouchement, cinq mois et demi plus tard, il revient, cette fois, avec des précardialgies. Un électrocardiogramme d'effort ne montre rien de plus que le premier ; et tout rentre dans l'ordre avec la prescription de sédatifs mineurs.

Ce cas est un exemple type de "malade fonctionnel" cyclique, avec mutation de symptome. A chaque désordre affectif, choc émotionnel, souci important, un nouveau symptome est présenté. En deux ans, le sujet parcourt la pathologie interne. Une analyse psychologique approfondie nous éclairerait peut-être sur les choix successifs du symptome ; les précardialgies étaient manifestement empruntées aux parents disparus.

Toutefois, doit-on pousser trop loin cette exploration et prendre en charge ce malade sur le plan psychologique ? S'il reconnait la conjoncture "nerveuse" du déclenchement de ses troubles, il n'admet pas réellement leur nature psychologique et décline toute offre d'aide sur ce plan. Par ailleurs, ses somatisations sont bien acceptées et vite réduites après une consultation somatique "conventionnelle". Elles ne l'empêchent ni de travailler régulièrement ni d'assurer ses responsabilités familiales. En fin de compte, il convient de lui laisser ses défenses et son langage somatique tant qu'ils ne sont pas socialement invalidants.

OBSERVATION N° 2

Madame R..., âgée de soixante et un ans, vient consulter pour des gastralgies importantes, qui ne semblent pas rythmées par les repas, qui ne sont pas accompagnées de vomissements et ne sont pas soulagées par les traitements classiques (pansement gastrique, régulateur de la sécrétion gastrique).

L'histoire de la maladie est longue. Elle a débuté il y a trois ans, lors de la mort du mari de Madame R... Les douleurs, alors, n'apparaissaient pas tous les jours, étaient moins intenses. Peu à peu, elles s'étaient installées de façon durable. Un bilan avait été pratiqué, qui avait révélé la présence d'une hernie hiatale Elle avait été opérée. Après une amélioration, qui avait durée trois mois, elle s'était remise à souffrir. Et; depuis, Madame R... multipliait les consultation médicales, passant de médecins généralistes aux spécialistes, et chacun demandait des radioscopies, instituait de nouveaux traitements sans résultats.

L'orsqu'elle vint nous voir, Madame R... avait maigri de cinq kilos en trois mois, avait complètement perdu l'appétit, et était persuadée d'avoir un cancer. Devant ce tableau un peu nouveau, et surtout cet amaigrissement, nous la faisons hospitaliser, n'hésitant pas à faire pratiquer un nouveau bilan somatique.

A l'examen clinique, on retrouve une douleur provoquée, vive, au niveau du creux épigastrique, mais sans signe de formation tumorale, sans contracture. Le reste de l'examen est normal. Les examens complémentaires ne montrent rien d'anormal. Il n'existe pas d'anémie ; la vitesse de sédimentation est de 3 mm à la première heure et de 10 mm à la deuxième heure. Un bilan complet hépatique est absolument normal. Les investigations pancréatiques le sont aussi

A la radioscopie de l'estomac, l'image de hernie hiatale persiste, avec un léger rétrécissement du segment gastrique situé sous le diaphragme. Il n'existe aucune lésion de la paroi. La radioscopie met en évidence la hernie hiatale, mais aucun reflexe gastro-oesophagien ne se forme. On peut affirmer, d'autre part, qu'il n'existe pas d'ulcère. La gastroscopie n'apporte aucun élément nouveau.

La malade ressort de l'hôpital avec un dossier concluant à l'absence d'organicité de la symptomatologie douloureuse, diagnostic confirmé par le psychiatre de l'hopital à qui elle avait été montrée à la demande du gastro entérologue.

Les traitements proposés jusqu'alors étaient surtout

à visée symptomatique (pansements gastriques divers, régénérateur de la paroi gastrique) ; des anxiolytiques divers avaient été essayés. Nous avons repris les pansements gastriques, un anxiolytique associé à de faibles doses d'antidépresseur, et nous lui avons proposé une psychothérapie, qui ne pouvait être que de soutien. Les entretiens ont eu lieu une fois par semaine pendant cinq mois.

L'amélioration fut nette. Les douleurs diminuèrent et disparurent en même temps qu"elle supprimait petit à petit les pansements gastriques et qu'elle ne prenait que de faibles doses de médicaments psychotropes.

Cette observation n'apporte peut-être rien de nouveau à l'étude du malade fonctionnel, mais nous l'avons relatée car les questionnaires d'antécédents et de biographie ont, seuls, permis d'aborder cette malade sur le plan psychologique, auquel elle était très hostile, surtout après son entrevue-surprise avec le psychiatre. Grâce aux questionnaires, elle a été obligée de parler d'autre chose, que de ses maux. Grâce aux questions biologiques, elle a pu nous raconter ses rapports avec son mari, qui était de seize ans plus âgé qu'elle et qui l'avait choyée comme une enfant. A sa mort, elle avait donc perdu son soutien moral et sa situation financière et sociale, car ils tenaient tous les deux un café qu'elle avait été obligée de vendre ; depuis, elle faisait des ménages. Avec le soutien des questions stéréotypées, faites pour tout le monde, semblant impersonnelles, elle avait pu accepter de parler de tous ces faits, et ceci sans pleurer, ce qu'elle ne manquait pas de faire lors des interrogatoires normaux et ce qui la faisait taire immédiatement. Les questionnaires ont donc, ici particulièrement, aidé le contact médecin-malade à s'établir, ils ont considérablement amélioré la relation et permis les entretiens psychothérapiques qui ont soulagé la malade, car elle n'a guéri complètement qu'à partir du moment où elle a pu parler au médecin de la mort de son mari sans être prise pour une malade mentale.

OBSERVATION n° 3

Monsieur V..., cinquante six ans, vient consulter car il présente depuis quelque temps des épisodes de diarrhées alternant avec des périodes de constipation. Après les repas, il se sent ballonné. Il dort mal depuis un mois et se sent "mal à l'aise" et "angoissé".

A l'examen, il parait en effet très tendu, son facies est triste et perturbé par quelques tics. Sa tension artérielle est de 18-10, puis redescend à 15-9 à la fin de l'examen. Les auscultations pulmonaires et cardiaques sont normales. A la palpation de l'abdomen, on sent un colon spasmé, douloureux, mais aucune masse tumorale. L'abdomen est ballonné, il existe un léger météorisme. Le foie est normal. On ne sent pas la rate. Les reflexes sont vifs, mais l'examen neurologique est normal.

Nous demandons un certain nombre d'examens complémentaires et prescrivons d'emblée un tranquillisant mineur. La numération formule sanguine nous revient strictement normale. La vitesse de sédimentation est de 3 mm à la première heure et 10 mm à la deuxième. Les constantes biologiques ne montrent aucune perturbation. La radio du colon montre des images typiques de colite spasmodique. Les examens de selles sont normaux.

A la deuxième consultation, le malade semble mieux. La tension artérielle est revenue à la normale. Il dort mieux avec le tranquillisant. Il se plaint toujours des troubles digestifs pour lesquels nous prescrivons un traitement symptomatique approprié (bismuth et antiseptique intestinal).

Nous remplissons ensemble un dossier en l'interrogeant. Le contact s'améliore, il se détend un peu, et nous apprend que sa femme a été opérée récemment de la vésicule biliaire. Les suites opératoires ont été un peu difficiles. Il semble que les malaises de Monsieur V... aient débuté avec la maladie de sa femme et se sont amplifiés avec les complications qui sont survenues. Dès la deuxième consultation, ce malade, paraissant sur la défensive, s'est débloqué grâce à nos questionnaires et a accepté de parler d'autre chose que de ses symptomes.

Au bout de trois mois de traitement, il va beaucoup mieux, tant sur plan somatique que sur le plan psychique. Les signes de colite ont disparu ainsi que l'insomnie et l'anxiété.

Mais il rechute six mois plus tard avec, cette fois, des douleurs abdominales importantes et des diarrhées. Sa femme avait

dû subir une nouvelle intervention chirurgicale. Le traitement l'améliora de nouveau, mais la guérison ne vint qu'avec la fin de la convalescence de sa femme.

Cinq mois après, il revient mais, cette fois, il ne se plaint plus de colite, mais d'une épididymite qui se révéla être à germes banaux. Avec des antibiotiques, tout rentre dans l'ordre. Les antibiotiques ne déclenchent pas de nouvel épisode de colite. Par contre, un état d'angoisse intense s'installe, avec une crainte très vive de rechuter de son épididymite, bien que tout soit redevenu normal.

Effectivement, sept mois après, il présentera à nouveau une apididymite (huit jours après la sortie de clinique de sa femme qui y était retournée pour une hystéréctomie). Devant son état anxieux et ses phobies de rechutes, qui l'empêchaient de vivre et de travailler, nous l'avons montré à l'urologue. Ce dernier décide l'opération. Compte-rendu opératoire : ablation de la tête de l'épididyme, grosse et inflammatoire, avec légère hydrocèle.

Quelques jours après son opération, alors que les suites étaient satisfaisantes, Monsieur V... nous fait appeler pour se plaindre de la reprise de ses troubles colitiques, qui évoluent depuis sans amélioration durable.

Deux choses sont interessantes dans cette observation.

La concomitance étroite entre les poussées de troubles psychosomatiques et les péripéties de la psychogenèse sous-jacente (soucis, angoisse d'identification, anxiété de séparation lors des hospitalisations successives de son épouse) est le premier fait important à noter.

Le second est la suspension de l'affection lors d'une parenthèse constituée par une maladie organique, qui a fixé l'anxiété sur un autre organe. Mais, dès que la parenthèse est fermée et la maladie guérie, les troubles psychosomatiques reprennent à la première occasion.

Il n'a pas été possible de proposer une psychothérapie à ce malade, car il n'a jamais voulu parler d'autre langage que celui de l'organicité. L'amélioration passagère obtenue lors du deuxième contact, grâce aux questionnaires, n'a pu ouvrir la voie vers une orientation psychologique.

OBSERVATION N° 4

Madame L..., âgée de trente neuf ans, nous est envoyée par le service de chirurgie générale de l'hopital. Elle a été opérée d'un cancer du sein avec hystéréctomie totale et ovariectomie, il y a deux ans. Aucun signe de rechute n'a été trouvé depuis. Mais elle se plaint d'être très fatiguée, d'avoir très souvent des maux de tête. Depuis son opération, il lui est arrivé d'avoir des périodes de fatigue, d'angoisse, d'insomnie. Mais, cette fois, elle s'inquiète.

A l'examen clinique, on ne trouve rien d'anormal. Son poids est de 64 kilos pour 1,68 mètres. Elle a beaucoup grossi depuis l'intervention. Sa tension artérielle est de 11-8. La cicatrice ne présente aucun signe de récidive, l'autre sein est normal. L'auscultation pulmonaire ne montre rien d'anormal. Le coeur est un peu rapide. A la palpation et à la percussion abdominale, on ne décèle rien d'anormal. Elle ne se plaint d'ailleurs d'aucun trouble digestif. Le foie est normal, la rate n'est pas palpable. Il n'y a pas de "contact lombaire", pas de gros rein. Aucune adénopathie n'est retrouvée dans les territoires classiques.

Nous demandons un certain nombre d'examens complémentaires. La radiographie pulmonaire est normale. La numération formule sanguine également (globules rouges 4 200 000 ; globules blancs 5 900 ; formule normale). La vitesse de sédimentation est de 5 mm à la première heure, 15 mm à la deuxième. Le culot urinaire est normal. Les constantes biologiques ne sont pas perturbées. Le fond d'oeil est normal et ne montre aucun signe d'hypertensioncranienne. L'éléctroencéphalogramme ne révèle rien de particulier.

Nous n'avons pas voulu pousser plus loin nos investigations et avons prescrit à Madame L... un arrêt de travail, un tranquillisant et quelques fortifiants. Au bout de quinze jours, elle a repris son travail. Elle se sentait moins fatiguée, mais toujours angoissée.Nous lui avons proposé une psychothérapie de soutien. Celle-ci a été rendue possible grâce à nos questionnaires, car ceux ci l'ont aidée à parler un autre langage, à entrevoir que ses troubles pouvaient avoir une autre origine que le cancer ; ils ont permis d'introduire la notion de troubles psychologiques et de les faire accepter.

Cette femme, si on en croit la façon dont elle remplit le questionnaire des antécédents, n'avait jamais pris garde à sa santé. En effet, elle eut du mal à retrouver les maladies contractées dans l'enfance, ce qui est, sur les cinquante cas examinés, un fait rare.

Par ailleurs, elle n'avait jamais été malade.

D'autre part, le même questionnaire nous révèla qu'à dix huit ans elle avait perdu son père et que quatre de ses frères et soeurs étaient morts enfants (entre un an et sept ans). Elle était leur ainée. A l'époque, ces deuils successifs ne l'avaient pas affectée outre mesure ; mais depuis son opération, elle avait commencé à prendre conscience de son propre corps, de sa propre mort. La mort de son père et de ses frères et soeurs avait commencé à la tourmenter. Elle en rêvait, "ils l'appelaient". Ses troubles étaient apparus depuis.

Nous pensons que, dans ce cas, les questionnaires ont permis à la malade de parler et de se débarrasser ainsi de ses phantasmes beaucoup plus rapidement que lors d'une approche classique du malade. Les questions ont obligé Madame L ... à parler de ces morts et, devant l'étonnement du médecin et son insistance à savoir la façon dont elle avait réagi à ces deuils, elle dit ce qui la troublait. Elle n'avait osé en parler à personne et s'en trouva réellement soulagée.

Madame L... vint nous voir tous les quinze jours, pendant cinq mois. Le mieux qu'elle accusait était encore un peu dépendant de ses ennuis de travail ou de famille. Les entretiens ont surtout servi à lui faire accepter ce qu'elle appelait sa "mutilation", à lui faire comprendre qu'elle pouvait avoir des malaises sans qu'ils soient le signe d'une rechute. Elle va maintenant beaucoup mieux et ne vient consulter qu'une fois tous les quatre ou cinq mois, car elle a besoin qu'on la rassure de temps à autre, mais les céphalées ont disparu.

Ce cas est interessant pour deux raisons :

- les troubles fonctionnels ne sont, ici, ni rechute ni séquelles de l'affection organique elle-même, mais l'expression d'une angoisse de la maladie et même d'une angoisse de mort (la malade a été obnubilée à ce moment par le souvenir de la mort de ses frères et soeurs et de son père survenue il y a plus de vingt ans, alors qu'elle avait très bien assumé ces deuils auparavant):

- sur le plan psychothérapique, le questionnaire des antécédents a permis à la malade de se replacer dans son contexte objectif et d'accepter une psychothérapie qui l'a dégagée de ses obsessions.

C O N C L U S I O N

Qu'est-ce que la pathologie fonctionnelle ? Peut-on élaborer un modèle d'observation approprié à son étude ? Comment exploiter au mieux les données de cette observation ? Telles sont les trois questions que nous nous sommes posées en commençant ce travail.

Nous interrogeant sur la nature et la signification de la pathologie dite "fonctionnelle" , nous avons évolué des notions de symptome et syndrome fonctionnel à la notion plus concrète et plus authentique, de "malade fonctionnel". En effet, opposer la perturbation physiologique au déficit anatomique ne suffit pas à cerner le problème, pas plus que d'opposer les syndromes à substrat objectif (anatomique ou physiologique) au syndrome à substrat imaginaire (hypochondriaque ou hystérique). Ces oppositions laissent subsister un hiatus important où se situe l'essentiel du problème : le champ des affections psychosomatiques (noyau limité de quelques affections ayant droit de cité) et le champ des syndromes fonctionnels (qui eux, n'ont pas de statut reconnu et suscitent suspicion et rejet chez le praticien).

Revenant aux données cliniques immédiates, sans s'engager dans des interprétations doctrinales, nous en arrivons à la notion du "malade fonctionnel", c'est-à-dire d'une personne exprimant une plainte en fonction non seulement de son état somatique mais de sa situation présente et de toute son histoire passée.

Pour inventorier tous ces aspects de la "plainte somatique" il nous a paru nécessaire de joindre à l'examen clinique, une estimation psychologique du malade et une exploration de son histoire, les plus objectives possibles. Nous proposons donc un instrument (observation type) composé de deux questionnaires et de deux grilles: questionnaire d'antécédents et biographique, grille d'exploration psychologique et d'évaluation clinique.

Cet instrument n'est pas un test psychologique, mais un aménagement de l'observation clinique classique et demeure particulièrement intégré dans la relation médecin - malade. Il n'est pas invalidant pour le malade, il est conforme à son langage. IL n'est pas ésotérique pour le médecin et s'intègre étroitement à sa démarche clinique; lui permet d'aborder ce malade sans avoir des connaissances psychologiques poussées et permet l'appréciation objective des éléments subjectifs fournis par le malade.

L'exploitation de cette observation type est à envisager sur deux perspectives.

L'évaluation fine du cas individuel. Elle permet de mieux connaître le malade, de ne pas oublier des vecteurs importants de sa vie qui n'auraient pas été dits spontanément, d'avoir ainsi un interrogatoire complet, facile à lire, aidant au diagnostic et

permettant de suivre l'évolution du cas spontanée ou sous traitement. Elle permet au médecin de s'aventurer dans le marais psychologique avec des points de repère solides. Dans les centres de check up ou dans les centres de médecine thermale, il constitue un dossier de malade sérieux. Dans les services de médecine psychosomatique ou fonctionnelle, il est indiqué pour éviter une psychiatrisation intempestive des malades.

Elle permet des études statistiques diverses. Utilisée avecles méthodes descriptives, l'observation type permettrait d'établir une typologie nouvelle des malades fonctionnels : typologie par la fonction atteinte et sa signification psychologique par exemple, typologie en fonction de la nosographie psychiatrique, ou, ce qui serait interessant, une typologie originale,non influencée par des a priori et qui tiendrait compte du profil biographique du malade (biographie et antécédents) et de sa manière habituelle de réagir et de s'exprimer. Utilisée par les méthodes décisionnelles permettant par exemple d'exprimer le risque que le sujet soit classé à tort dans un groupement diagnostic, on peut envisager qu'elle puisse aider au diagnostic, à la sélection, au contrôle thérapeutique. Des études sont en cours pour adapter ces méthodes au caractère particulier des données cliniques.

Néanmoins, pour garder une quelconque efficacité à cette observation type, il faut exiger que le recueil des données ne s'écarte pas de la démarche clinique. Il ne saurait être question ici de substituer l'ordinateur au médecin. Le contact médecin - malade doit être rigoureusement conservé dans le recueil de ces données qui doit se faire, répétons le, sous forme d'entretien. La méthode informatique ne servira ici qu'à essayer d'objectiver ce qui est objectivable chez ce malade.

Puisse ce travail avoir ainsi montré que le patient est une "personne" et que sa maladie n'est pas indépendante de son passé, de son profil psychologique et de son hérédité.

BIBLIOGRAPHIE

ALMAJAN E., VINTILA P. Aspects psychologique du patient coronarien Rev. med. psychosom. 12, pp 65-70, 1970.

BALINT M. The doctor, his patient and the illness, Londres, Pitman Medic.publ. 1957.

BOLGERTM. Importance des facteurs psycholgiques dans l'évolution et la thérapeutique du psoriasis, Gaz.med. de France, 78, pp 6247-6258, 1971.

BONFILS M.S. Nécéssité d'un démembrement de la pathologie psychogène en gastroentérologie, Arch. Maladie appareil digestif, T. 51, pp 825-832, 1962.

BONNEFOND A., MIGNON M. Le colon irritable, Nouv. Presse Méd. 2, pp 647-648, 1973.

CROCQ L., COTTEREAU M.J., CUGHOURLIAN M., MASQUIN Psychiatrie en pratique médicale courante, Paris, Gazette médicale de France, 1972.

CROCQ L., FONDARAI J. Exploitation par ordinateur des échelles d'appréciation.

CROCQ L., FOURNIER A., MARTIN DE CASALLE J. Validation des critères de probabilité d'inadaptation au milieu militaire et de leur application collective sous forme de questionnaire, Société de médecine militaire française, tome 5, mai 1965, pp 281-291.

CROCQ L., LONGEVIALLE C., FONDARAI J. Bilan de santé individuel et santé de la population, Journées d'informatique médicale, Toulouse, mars 1973.

FONDARAI J. L'informatique médicale : réalisations actuelles et perspectives d'avenir, Marseille médical, 104, N° 9, 1967, pp 763-770.

FONDARAI J., ALLAIN P., ETAIX J., LONGEVIALLE C. Mise au point d'un système de triage et d'exploitation statistique pour la sélection de masse, Journées d'informatique médicale, Saint Lary, 1 - 5 mars 1971, pp 361 - 366.

KLOTZ H.P. Le fonctionnel est de l'organique, Rev. Med. fonct., tome 2, p 116, 1972.

LEVY A. Accidents coronariens fonctionnels d'allure organique, Pres. Medic. 78, p 1273 - 1276, 1970.

LUBAN-PLOZZA Quelques réflexions sur l'approche psychosomatique, Rev. méd. Fonct., pp 159 - 175, 1970.

PICHOT P., DEBRAY Hospitalisation psychiatrique ; statistique descriptive, Sandoz éd. Paris; 1971, 149 p.

SOLIGNAC P. Pour un nouveau médecin de famille, Paris, Flammarion éd. 1970, 249 p.

ANTECEDENTS

nom _____

prénom _____

date de naissance _____

date examen _____

	ANTECEDENTS MED.	AGE	LIEU maison clinique hopital	DUREE	SEQUELLES
1	rougeole, varicelle				
2	scarlatine				
3	oreillons				
4	angines				
5	otites, mastoïdites				
6	troubles oculaires				
7	bronchite				
8	pleurésie				
9	pneumonie				
10	asthme				
11	tuberculose pulmonaire				
12	tuberculose autre que pulmonaire (osseuse, cutanée)				
13	maladie de coeur				
14	hypertension				
15	maladie des reins				
16	maladies de l'estomac				
17	maladies de l'intestin				
18	maladie de foie - jaunisse				
19	diabète				
20	obésité				
21	troubles endocriniens				
22	urticaire - eczéma				
23	rhumatisme				
24	méningite				
25	encéphalite				
26	paralysie (poliomyélite ou autre)				
27	épilepsie				
28	dépression nerveuse				
29	asphyxie - intoxication gaz				
30	accidents de vaccination				

BLESSURES INTERVENT. CHIRURG.	AGE	LIEU maison clinique hopital	DUREE	SEQUELLES
2 ablation des amygdales et végétations				
3 appendicite				
4 péritonite				
5 fracture d'un membre précisez lequel				
6 fracture de la colonne vert.				
7 fracture du crâne				
8 autres fractures				
9 traumatisme crânien sans fracture				
0 luxations, foulures				
1 brûlures				
2 autres opérations				
3 hernie, phymosis, testicule, gynécologie, etc...				

G AUTRES RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE SANTE

4. Avez- vous souvent manqué l'école ou le travail pour maladie ? OUI NON

5. Avez-vous changé de métier ou d'études pour raison de santé ? OUI NON

6. Avez-vous dû suivre un régime alimentaire ? OUI NON

7. Avez-vous consulté un médecin depuis un an ? OUI NON
Si oui, combien de fois ? pourquoi ?

8. Avez-vous un traitement actuellement ? OUI NON
Lequel ?

9. Etes-vous pensionné (guerre, travail, accident) ? OUI NON
Pour quelle affectation ? A quel taux d'invalidité ?

0. Avez-vous subi récemment un choc émotionnel :
. un deuil dans votre famille ou vos proches ? OUI NON
. un malade grave (famille ou proches) ? OUI NON
. une grosse contrariété dans votre travail ou vos projets ? OUI NON
. d'autres soucis importants ? OUI NON

Pour les [illegible] filles et les femmes :

. A quel âge avez-vous été réglée ?

. Avez-vous eu des troubles des règles (retard, avance, douleur) ?

. Le cas échéant, vos grossesses et accouchements se sont-ils bien déroulés ? OUI NON

. Etes-vous enceinte actuellement ? OUI NON

Pour les jeunes gens :

. Votre puberté s'est-elle faite normalement ? OUI NON

. Avez-vous été ajourné ou réformé au service militaire pour motif médical ? OUI NON
Lequel ?

Pour les candidats des deux sexes :

. Vous a-t-on dit que vous aviez été gravement malade au moment de votre naissance ou dans votre petite enfance (avant 5 ans) ? OUI NON

. Avez-vous présenté des troubles du langage étant enfant (bégaiement, dyslexie, défaut de prononciation) ? OUI NON

. Avez-vous uriné au lit la nuit après l'âge de 5 ans ? OUI NON
Si oui, jusqu'à quel âge ? ..

. Avez-vous eu des évanouissements ou des pertes de connaissance ? OUI NON

. Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes ? OUI NON

. Avez-vous fait des fugues (se sauver de chez soi, d'un internat) ? OUI NON

. Avez-vous présenté des troubles sexuels ? (impuissance, frigidité, etc...) OUI NON

. Avez-vous fait une (ou plusieurs) tentatives de suicide ? OUI NON

. Vous est-il arrivé de prendre des tranquillisants ou somnifères ? OUI NON

Milieu Familial		
. Rural, Ville, Petite Ville		
. Profession des Parents — Père		
Mère		
. Orphelin		
. Père Inconnu		
. Mésentente parentale		
. Divorce ou séparation		
Source d'Intérêt		
. Métier actuel (choisi, imposé)		
. pratique d'un sport		
. Violon d'Ingres		
. Distraction préférée, fréquence		

ANTECEDENTS FAMILIAUX

		EN QUELLE ANNEE	A QUEL ÂGE	CAUSE DU DECES
76 . Père	VIVANT-DECEDE			
77 . Mère	VIVANT-DECEDE			
78 . Grand-Père paternel	VIVANT-DECEDE			
79 . Grand-Mère paternelle	VIVANT-DECEDE			
80 . Grand-Père maternel	VIVANT-DECEDE			
81 . Grand-Mère maternelle	VIVANT-DECEDE			
82 . Frères ou Soeurs	DECEDES			

Savez-vous, si dans votre famille, des parents proches(père, mère, frère ou soeur, grands-parents, oncle, tante) ont eu une des maladies suivantes et si oui, précisez qui par une croix dans la case correspondante.

	P	M	F	S	GP	O ou T
83 . Réactions aux médicaments ou vaccins						
84 . Tuberculose						
85 . Maladie du coeur						
86 . Hypertension						
87 . Maladie rénale ou coliques néphrétiques						
88 . Cancer						
89 . Rhumatismes						
90 . Diabète						
91 . Maladie du foie						
92 . Ulcère d'estomac						
93 . Asthme						
94 . Epilepsie, convulsions						
95 . Paralysie						
96 . Méningite, encéphalite						
97 . Dépression nerveuse						
98 . troubles caractériels						
99 . Troubles de la parole						
100 . Alcoolisme						
101 . Eczéma, urticaire						
102 . Autres maladies						

103. Une personne de votre proche famille a-t-elle été soignée pour des troubles nerveux ? OUI NON

Qui ? Pourquoi ?

ÉCHELLE D'APPRÉCIATION PSYCHIATRIQUE	ABSE	TRES PE	PEU	MOYE	IN	TR. IN
Préoccupations somatiques - Intensité des préoccupations actuelles sur la santé physique.						
Anxiété - Inquiétude, crainte, préoccupations exagérées concernant le présent ou l'avenir.						
Retrait affectif - manque de contact avec interlocuteur - Inadaptation à la situation d'entretien.						
Désorganisation conceptuelle - degré de confusion, d'incohérence, de désorganisation des processus idéiques.						
Sentiment de culpabilité						
Tension - manifestation physique et motrice de la tension, nervosité et fébrilité.						
Maniérisme et attitude - comportement moteur inhabituel.						
Mégalomanie - surestimation de soi - conviction d'être très doué et puissant.						
Tendances dépressives découragement, tristesse.						
Hostilité - animosité, mépris, agressivité, dédain pour les autres.						
Méfiance - croyance que des gens ont eu ont eu des intentions mauvaises ou de rejet pour le malade.						
Comportement Hallucinatoire perceptions sans objet.						
Ralentissement moteur baisse de la sthénie.						
Non coopération - signes manifestes de résistance, de manque d'empressement à coopérer avec l'interlocuteur.						
Pensées inhabituelles - idées insolites, singulières, étranges ou bizarres.						
Emoussement affectif réduction du tonus émotionnel.						
Excitation - élévation de la tonalité émotionnelle, agitation, réactions plus vives.						
Désorientation - confusion entre les personnes, les lieux et successions d'évènements.						

YMPTOME	
RCONSTANCES d' PARITION	1. DEUIL 2. SOUCIS FAMILIAUX 3. ENNUIS de TRAVAIL 4. Soucis d'ORDRE FINANCIER 5. TRANSPLANTATION 6. AUTRES

XAMEN INIQUE	AP. RESPIRAT.	COEUR	ARTÈRES	VEINES	Dig. Haut	Dig. Bas	Foie	Ap. URINAIRE	Ap. GÉNITAL	Ap. LOCOMOTEUR	S.N. SENSITIF	Ap. SENSORIEL	PEAU PHANÈRES	S.H. HÉMATO	S. ENDOCRINE
nspection															
ALPATION															
SCULTATION															
ERCUSSION															
FORME STINUCI															
. BIOLOGIQUE															
2. RADIOLOGIQUE															
..ECTRO BIOLOGIE															
..LOSCOPIES															
UTRES EXAMENS															

NCLUSION	0. ON NE SAIT PAS 1. TROUBLES FONCTIONNELS 2. EPINE IRRITATIVE 3. ORGANICITÉ 4. ORGANICITÉ GRAVE

RIPORTEMENT OCIAL	1. INCIDENCE FAMILIALE 2. INCIDENCE TRAVAIL 3. INCIDENCE FINANCIÈRE 4. CONSOMMATION MEDICALE. 5. CONSULTATION SPECIALISTE.
AITEMENT	1. RIEN 2. REPOS 3. RÉGIME 4. CHIMIOTHÉRAPIE 5. PSYCHOTHERAPIE

VOLUTION	SYMPTOME	1. AGGRAVATION.	2. SANS CHANGEMENT	3. MIEUX.	ANEC.
	ETAT PSYCHOLOGIQUE	Id	Id	Id	Id

ECHELLE D'OBSERVATION CLINIQUE

Etats dépressifs, névrotiques et réactionnels

IDENTIFICATION

Nom :

Prénom :

Date :

N° dossier :

Sexe :

Age :

Examen :

— cent. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
— diz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
— unit. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

— M F

— diz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
— unit. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

— 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EXAMEN

Intensité du symptôme

	Absent						Doute
A – PRESENTATION							
1-Habitus –Tenue négligée, attitude prostrée, faciès figé.....	0	1	2	3	4	5	D
– Ou au contraire subagitation et mimique hyperanxieuse, etc.	0	1	2	3	4	5	D
2-Contact –Peu présent, préoccupé, lointain, évasif.....	0	1	2	3	4	5	D
– Ou au contraire dépendant, suppliant ou récriminateur.....	0	1	2	3	4	5	D
3-Discours –Voix basse, mots rares et bredouillés, ton monocorde.....	0	1	2	3	4	5	D
–Ou au contraire débit précipité, embrouillé, volubile.....	0	1	2	3	4	5	D
B – INTELLIGENCE							
4-Lucidité –Attention faible et labile, concentration difficile, idées peu claires, orientation temporo-spatiale moins précise, etc.....	0	1	2	3	4	5	D
5-Mémoire –Difficulté d'acquisition, oubli des tâches à faire, imprécision dans le souvenir des faits récents puis des faits anciens.....	0	1	2	3	4	5	D
6-Efficience intellectuelle–Jugement et raisonnement diminués, baisse du rendement par bradypsychie ou par agitation stérile, fatigabilité....	0	1	2	3	4	5	D
C – AFFECTIVITE							
7-Emotion –Eréthisme émotionnel, labilité, manque de contrôle.....	0	1	2	3	4	5	D
–Ou au contraire émoussement affectif, tendance à l'apathie..	0	1	2	3	4	5	D
8-Thymie (dépression-euphorie)							
–Tristesse, découragement, pessimisme	0	1	2	3	4	5	D
–Ou au contraire hyperexcitabilité, tension douloureuse.....	0	1	2	3	4	5	D
9-Elan vital –Baisse de l'initiative et du dynamisme, désintérêt pour le travail et les loisirs, perte de la foi en l'avenir, etc.....	0	1	2	3	4	5	D
D – SYMPTOMES PSYCHIQUES ET SOMATIQUES							
10-Anxiété psychique –Inquiétude, peur sans objet, appréhension sans raison sentiment de malaise, crainte d'un danger indéterminé.....	0	1	2	3	4	5	D
11-Angoisse somatique –"Boule oesophagienne", spasmes digestifs, précordialgies, tachycardies, striction thoracique, sueurs, tremblement.....	0	1	2	3	4	5	D
12-Symptômes psychonévrotiques –Phobies, peur de sortir, idées fixes, ruminations, obsessions, crises de nerfs, paresthésies, conversion "H"....	0	1	2	3	4	5	D
13-Fatigue – Asthénie, courbatures, lombalgies, perte de la résistance à l'effort, fatigue sexuelle, baisse de la libido.....	0	1	2	3	4	5	D
14-Appétit –Anorexie, dégout de la nourriture, irrégularité des repas,..	0	1	2	3	4	5	D
–Ou au contraire boulimie de rassurement, voracité.....	0	1	2	3	4	5	D
15-Sommeil –Endormissement lent et difficile, réveils au milieu de la nuit cauchemars, agitation nocturne, insomnie (ou hypersomnie).....	0	1	2	3	4	5	D
16-Hypocondrie – Préoccupations exagérées sur la santé, intérêt égocentrique sur le corps, plaintes; réclame médicaments et medecins.....	0	1	2	3	4	5	D
E – ACTIVITE							
17-Volonté – Hésitation, doute, aboulie..inachèvement des tâches et des projets, tendance à l'indifférence et à l'apragmatisme.....	0	1	2	3	4	5	D
18-Comportement							
–Ralentissement moteur, baisse de l'activité, immobilisme.....	0	1	2	3	4	5	D
–Ou au contraire excitation inconfortable, sursauts, subagitation.....	0	1	2	3	4	5	D
19-Troubles du caractère –Irritabilité, agressivité, vulnérabilité aux frustrations et contraintes, accès de mauvaise humeur.....	0	1	2	3	4	5	D
20-Traits de personnalité névrotique –Attitude infantile de dépendance, théâtralisme et chantage, mise à distance et manque de coopération..	0	1	2	3	4	5	D

CONCLUSION

– Appréciation globale..... 0 1 2 3 4 5 D

Examinateur : _____

Numéro : — 0 0 0 1 2 3 4 5 D D D